LES ÉTABLISSEMENTS POUR PERSONNES ÂGÉES AU CANADA

Considérations relatives au design et à l'environnement

Santé et Bien-être social Canada
Health and Welfare Canada

Canada

85-5750/

LES ÉTABLISSEMENTS POUR PERSONNES ÂGÉES AU CANADA
Considérations relatives au design et à l'environnement

Vol. 1 UNITÉS GÉRIATRIQUES DANS LES HÔPITAUX

Also available in English under the title:
"Facilities for the Elderly in Canada
- Design and Environmental Considerations
Vol. 1 Geriatric Units in Hospitals"

Publication autorisée par
le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social
1984

DIRECTION GÉNÉRALE DES SERVICES ET DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ
DIRECTION DES RESSOURCES EN SANTÉ
PLANIFICATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

© Ministre des Approvisionnements et Services Canada 1985
N° de cat. H39-79-1984F
ISBN 0-662-92917-9

PLAN DE L'OUVRAGE

BESOINS PARTICULIERS DES PERSONNES ÂGÉES

1- Considérations d'ordre physique

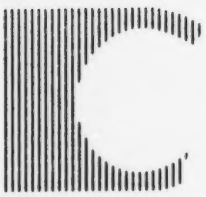
2- Considérations d'ordre psychosocial

INFLUENCE DES BESOINS SUR LE DESIGN DE L'UNITÉ

1- Au niveau de la planification

2- Au niveau de l'environnement

3- Considérations relatives à l'architecture en général



LE MALADE, CENTRE DES ACTIVITÉS

1- Considérations relatives au design:
Le confort du malade dans sa chambre

2- Considérations relatives au design:
Les déplacements du malade dans l'unité

3- Considérations relatives au design:
L'activité du malade dans les autres secteurs de l'unité

TABLE DES MATIÈRES

Page

REMERCIEMENTS

INTRODUCTION

A. BESOINS PARTICULIERS DES PERSONNES ÂGÉES 1-8

1. Considérations d'ordre physique 1

1.1 Confort et sécurité 1
1.2 Changements sensoriels 2
1.3 Changements d'ordre moteur 3
1.4 Troubles de la mémoire et de l'apprentissage 3

2. Considérations d'ordre psychosocial 5

2.1 Adaptation à un nouveau milieu 5
2.2 Solitude et rejet 6
2.3 Identité personnelle 7

B. INFLUENCE DES BESOINS SUR LE DESIGN DE L'UNITÉ 9-32

1. Au niveau de la planification 9

1.1 Principaux facteurs à considérer au moment de la planification 9
1.2 Rapport avec les autres services cliniques 12
1.3 Rez-de-chaussée ou étages supérieurs 12
1.4 Accès des véhicules 12

2. Au niveau de l'environnement 14

2.1 L'espace intérieur 14
2.2 Éclairage 15
2.3 Systèmes de communication et d'appel 18
2.3.1 Système d'appel des infirmières 18
2.3.2 Système de téléavertisseur 19
2.3.3 Réseau téléphonique 19
2.3.4 Appareils de télévision 19
2.4 Alimentation en courant électrique 20

Page

2.5 Alimentation de secours 20
2.6 Interrupteurs et prises 21
2.7 Bruit 22
2.8 Chauffage et ventilation 22
2.8.1 Contrôle d'ambiance 22
2.8.2 Conception des systèmes de contrôle de la température et du degré d'humidité 22
2.8.3 Contrôle de la température 22
2.8.4 Système de chauffage 23
2.8.5 Circulation de l'air 23
2.8.6 Ventilation 23
2.8.7 Alimentation en air frais 24
2.8.8 Régulation du système de ventilation 24
2.9 Plomberie 25
2.9.1 Plomberie 25
2.9.2 Eau chaude 25
2.9.3 Brise-vide 25
2.9.4 Appareils sanitaires 25
2.9.4.1 Toilettes des malades 25
2.9.4.2 Salles de bains des malades . . . 26
2.9.4.3 Baignoires et douches spéciales 26
2.9.4.4 Salon de coiffure 27
2.9.4.5 Cuisines et buanderie 27
2.9.4.6 Aire du service alimentaire 28
2.9.4.7 Salle d'artisanat 28
2.9.4.8 Aires de traitement individuel 28
2.9.4.9 Salle de réanimation et gymnase 29
2.10 Protection contre les incendies 29
2.11 Gaz médicaux 29

3. Considérations relatives à l'architecture 30

3.1 Portes et fenêtres 30
3.2 Rampes 31
3.3 Passages et corridors 31
3.4 Escaliers 32

Page

3.5 Murs 32
3.6 Téléphones et fontaines d'eau potable 32

C. **LE MALADE, CENTRE DES ACTIVITÉS** 33-96

1. Considérations relatives au design: Le confort du malade dans sa chambre 33

1.1 Introduction 33
1.2 Le sommeil 34
1.3 Loisirs 34
1.4 Les repas au lit 35
1.5 L'apparence personnelle 36

2. Considérations relatives au design Les déplacements du malade dans l'unité 37

2.1 Orientation 37
2.1.1 Changements sensoriels et moteurs qui nuisent à l'orientation chez les personnes âgées 37
2.1.2 Considérations relatives à l'orientation 38
2.2 Confort et sécurité 40
2.2.1 Accès exempts d'obstacles 41
2.2.2 Revêtements de sol 43
2.2.3 Reflets éblouissants 43
2.2.4 Alarmes de sécurité 44
2.2.5 Alarme - incendie 45
2.2.6 Fonte de la neige au moyen de câbles chauffants 46
2.2.7 Autres considérations relatives à la sécurité 46

3. Considérations relatives au design: L'activité du malade dans les autres secteurs de l'unité 48

3.1 Activités sociales 48
3.1.1 Introduction 48
3.1.2 Repas en commun 49
3.1.2.1 Généralités 49
3.1.2.2 Emplacement 50

Page

3.1.2.3 Services 51
3.1.2.4 Mobilier 52
3.1.2.5 Parquets 52
3.1.2.6 Systèmes de communication 53
3.1.2.7 Décoration intérieure 53
3.1.2.8 Éclairage 54
3.1.2.9 Ventilation et plomberie 54
3.1.3 Conversations personnelles 55
3.1.4 Récréation et loisirs: activités calmes 55
3.1.4.1 Emplacement de salons 56
3.1.4.2 Mobilier 57
3.1.4.3 Systèmes de communication 58
3.1.4.4 Décoration intérieure 58
3.1.4.5 Éclairage 58
3.1.4.6 Ventilation et plomberie 58
3.1.5 Récréation et loisirs: activités de groupes bruyants 59
3.1.6 Récréation et loisirs: autres activités de loisir 60
3.1.7 Récréation et loisirs: activités de plein air 61

3.2 Activités d'ordre médical 62
3.2.1 Consultation 63
3.2.2 Examens 63

3.3 Activités liées aux soins infirmiers 64
3.3.1 Le soin du malade 64
3.3.2 La distribution des médicaments aux malades 66
3.3.3 Fournitures 67
3.3.4 Formation de personnel 67

3.4 Activités liées à l'ergothérapie 69
3.4.1 Emplacement 69
3.4.2 Activités 69
3.4.2.1 Activités quotidiennes: évaluation de la capacité fonctionnelle 70
3.4.2.2 Ajustement ou fabrication d'appareils adaptés 71
3.4.2.3 Thérapie légère 71

Page

3.4.2.4 Épreuve et traitement de la perception 71
3.4.3 Mobilier 72
3.4.4 Systèmes de communication 72

3.5 Activités liées à la physiothérapie 72
3.5.1 Considérations relatives à la planification 72
3.5.2 Emplacement 74
3.5.3 Activités 74
3.5.3.1 Enseignement 75
3.5.3.2 Salle de consultation à l'intention des malades et leur famille 77
3.5.3.3 Salles de déshabillage des malades 77
3.5.3.4 Salle de repos des malades de l'hôpital de jour 77
3.5.3.5 Salles de traitement individuel spécial 78

3.6 Activités personnelles 80
3.6.1 Activités spirituelles 80
3.6.1.1 Emplacement 80
3.6.1.2 Activités 81
3.6.1.3 Usagers 81
3.6.1.4 Mobilier 81
3.6.1.5 Décoration intérieure 81
3.6.2 Activités liées à l'hygiène personnelle 82
3.6.2.1 Baignoire pour malades ayant besoin d'aide 83
3.6.2.2 Douches pour usagers en fauteuil roulant 84
3.6.2.3 Baignoires ordinaires 86
3.6.2.4 Baignoires non encastrées 88
3.6.2.5 Emplacement et disposition 88
3.6.2.6 Murs 89
3.6.2.7 Parquets 89
3.6.2.8 Plafonds 89
3.6.2.9 Portes 89
3.6.2.10 Barres d'appui ou barres de sécurité 90

Page

3.6.2.11 Autres accessoires 92
3.6.2.12 Aération 92
3.6.3 Apparence personnelle 92
3.6.4 Repas personnels 93
3.6.5 Buanderie à l'usage des résidents 94

3.7 Services auxiliaires 95
3.7.1 Emplacement 95
3.7.2 Activités 95
3.7.3 Mobilier et matériel 96

BIBLIOGRAPHIE 97

RÉFÉRENCES 99

REMERCIEMENTS

Au nom de la Division de la planification des établissements de santé (DPES), Santé et Bien-être social Canada, nous tenons à remercier tous les membres* du Groupe de travail sur les soins aux personnes âgées de leur précieuse contribution à l'élaboration de directives en matière de planification, de même que du soutien sans réserve qu'ils ont accordé au programme et sans lequel le présent document n'aurait pu voir le jour.

Nos remerciements vont également au Comité consultatif fédéral provincial sur les services en établissement et les services médicaux et au Sous-comité de la planification et de la construction des établissements de santé qui ont su reconnaître la nécessité d'un tel document.

Enfin, nous devons souligner les efforts et le dévouement de Roger Diab, coordonnateur du projet à la Division de la planification des établissements de santé, à qui nous sommes redevables de la production et de la publication de cet impressionnant document, qui présente les idées, les commentaires et les réflexions des divers spécialistes qui ont participé à ce travail.

T.M. Ogrodnik, maîtrise en
architecture,
Membre du Royal Institute of
British Architects et de l'Institut
royal d'architecture du Canada,
Directeur
Division de la planification des
établissements de santé

*Voir page ii

INTRODUCTION

La première édition des Directives d'aménagement des unités gériatriques dans les hôpitaux a été préparée par la Division de la planification des établissements de santé, Santé et Bien-être social Canada, dans le cadre de la publication d'une série de directives traitant des unités de soins spéciaux dans les hôpitaux. Cette série englobait un total de 15 unités, dont l'unité gériatrique.

Cette deuxième édition est la première d'une série de directives portant sur l'aménagement des locaux réservés aux personnes âgées.

Les deux éditions varient et par l'approche et par le contenu. La première était l'oeuvre de trois experts-conseils de la Division de la planification des établissements de santé: un architecte, un ingénieur en électricité et un ingénieur en mécanique.

Après avoir visité les unités de quelques hôpitaux et rencontré leurs usagers, les auteurs ont préparé un projet de document qu'ils ont soumis à quelques-uns des usagers afin de savoir ce qu'ils en pensaient. Ils ont ensuite intégré les observations de ces derniers à la version finale du document.

Pour la présente édition, une autre approche a été adoptée. Les auteurs devaient savoir sur quels genres d'établissements les directives porteraient et connaître les problèmes que ces établissements pourraient poser pour l'architecte. Aussi était-il essentiel d'atteindre deux objectifs avant d'entreprendre la rédaction du document. Il fallait tout d'abord savoir quels genres de soins sont offerts actuellement aux personnes âgées au Canada. Dans cette optique, Pamela Cluff (Toronto), engagée à cette fin par la Division de la planification des établissements de santé*, a préparé une vue d'ensemble d'un grand nombre de services offerts aux Canadiens âgés.

Il fallait ensuite disposer d'une étude complète sur les facteurs psychosociaux liés au vieillissement dont il faut tenir compte dans l'aménagement des établissements. Il était essentiel que ces deux objectifs soient atteints à cause du large éventail d'établissements pour lesquels on devait élaborer des directives.

---

* Pour plus d'information, s'adresser au Directeur, Division de la planification des établissements de santé, Santé et Bien-être social Canada, Immeuble Jeanne-Mance, Ottawa (Ontario) K1A 1B4.

Darla Drader, psychologue a effectué une étude, intitulée "Design Guidelines for Geriatric Facilities - Psychosocial Considerations", à la demande de la Division de la planification des établissements de santé.

À la suite de la publication des deux études susmentionnées, un groupe de travail pluridisciplinaire a été mis sur pied et chargé de rédiger les directives. Ce groupe était composé des personnes suivantes: (en ordre alphabétique)

D. Berry
Manager of Construction
Construction Programming Division
Manitoba Health Services Commission
Winnipeg (Manitoba)

G. Brennan
Director of Construction and Maintenance
Department of Health
Halifax (Nouvelle-Écosse)

H. Callan
Ingénieur-conseil, génie électrique
Division de la planification des établissements de santé
Santé et Bien-être social Canada
Ottawa (Ontario)

R. Diab
Architecte-conseil
Division de la planification des établissements de santé
Santé et Bien-être social Canada
Ottawa (Ontario)

J. Harvey
Psychologue-conseil
Division de la planification des établissements de santé
Santé et Bien-être social Canada
Ottawa (Ontario)

E. Hobby
Agent de recherche du milieu construit
Division de la planification des établissements de santé
Santé et Bien-être social Canada
Ottawa (Ontario)

P. MacDonald
Standards Officer
Facilities Division
Manitoba Health Services Committee
Winnipeg (Manitoba)

S. Morawski
Ingénieur-conseil, génie mécanique
Division de la planification des établissements de santé
Santé et Bien-être social Canada
Ottawa (Ontario)

Capitaine T.L. Packer
Officier responsable, ergothérapie
Centre médical de la Défense nationale
Ottawa (Ontario)

J. Stow, R.N., B.A.
Directrice de projet
Division des services en établissements et services professionnels
Direction des services de santé
Santé et Bien-être social Canada
Ottawa (Ontario)

Dr N. Turmel
Gérontologue
Charlesbourg (Québec)

Major B.P. Warrington-Kearsley
Officier responsable, Section de la physiothérapie
Centre médical de la Défense nationale
Ottawa (Ontario)

Les directives qui suivent sont le résultat des efforts de cette équipe.

Ce document met l'accent sur le malade, qui est le principal utilisateur des établissements. Il serait difficile d'étudier les considérations relatives à l'aménagement du milieu construit sans tenir compte des autres considérations d'ordre psychosocial malgré que les unes et les autres semblent des entités distinctes. Elles sont en fait étroitement liées entre elles. Chaque caractéristique de l'aménagement a un effet psychologique de quelque nature sur l'utilisateur. Chacune, dans l'esprit de l'architecte, porte un message, une intention ou vise une fin précise que l'utilisateur doit saisir.

Cette tâche posait une difficulté, en ce sens qu'il fallait bien répartir les considérations pour que le lecteur puisse s'y retrouver facilement.

Dans la partie A, ci-après, nous examinons l'ensemble des facteurs ambiants dont il faut tenir compte dans le cas des personnes âgées. Nous abordons ensuite dans la section suivante les aspects de l'aménagement qui influent sur les

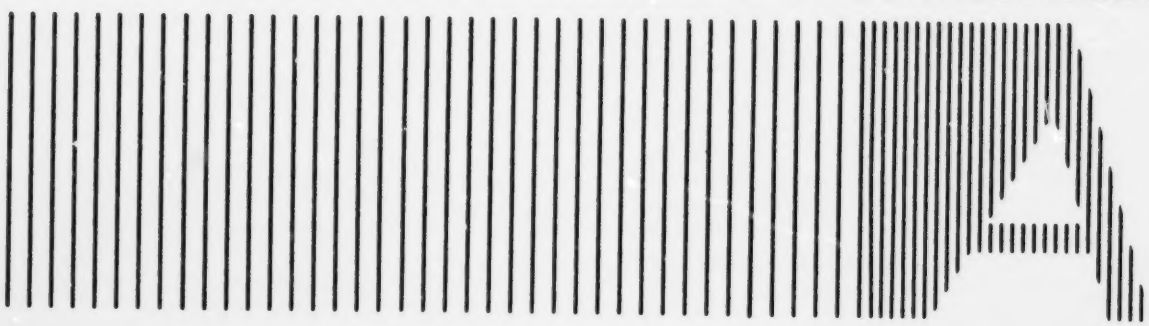
activités des malades dans une unité gériatrique. Pour que notre examen soit complet, nous commencerons par analyser les besoins des personnes âgées, compte tenu de la diminution de leurs capacités physiques. Nous examinerons ensuite l'influence que cette diminution physique peut exercer sur le design et par conséquent sur les installations à prévoir. Nous nous pencherons d'abord sur les aspects généraux de la planification de l'unité considérée dans son ensemble: conception, aménagement, emplacement, bruit. Ensuite, nous examinerons les activités des malades:

- dans la chambre;

- à l'extérieur de la chambre, dans les divers secteurs de l'unité (orientation, mobilité et absence d'obstacles);

- dans d'autres aires d'activité (à l'extérieur de la chambre: activités d'ordre social, examens médicaux, traitements, soins infirmiers, thérapie).

BESOINS PARTICULIERS DES PERSONNES ÂGÉES



Un aménagement qui répond aux besoins particuliers des personnes âgées et qui permet vraiment de réduire les obstacles physiques et sensoriels, non seulement assure la sécurité du malade, mais permet en plus à ce dernier la possibilité de se mouvoir de façon autonome et de s'intégrer à son milieu. Le point le plus souvent oublié ou le moins bien évalué est la mesure dans laquelle l'aménagement des lieux aiderait à relever le niveau de capacité et de bien-être psychologique du malade âgé ou bien à saper la confiance qu'il a dans ses capacités personnelles en ne lui fournissant pas un cadre de vie adapté à ses besoins.

1.1 CONFORT ET SÉCURITÉ

Les études traitant des effets du vieillissement soulignent un certain nombre de transformations physiques caractéristiques auxquelles on doit accorder une attention particulière en planifiant l'aménagement des unités gériatriques. Les changements dus à l'âge les plus souvent mentionnés sont de deux ordres:

a) diminution des capacités sensorielles, c'est-à-dire de la vision, de l'audition, du toucher et de l'odorat;

b) diminution des capacités motrices, c'est-à-dire de la force physique et de la rapidité de réaction aux stimuli de l'environnement.

Plutôt que d'aggraver les conséquences de cette diminution des capacités physiques, l'unité gériatrique devrait, à tout le moins, être aménagée de façon à éliminer les obstacles qui accentuent les limites physiques et à permettre au malade d'exercer, voire d'améliorer ses capacités. Ainsi, les distances devraient être maintenues à un minimum, les directions clairement indiquées, et tout ce qui risque de causer de la confusion, éliminé.

Dans la conception des établissements pour personnes âgées, la sécurité du malade demeure le facteur le plus important, étant donné les dangers qu'entraîne la diminution des capacités physiques, et tout particulièrement les problèmes de mobilité, d'agilité et d'équilibre, de même que d'autres telles les transformations physiques qui accompagnent le vieillissement. Les dispositifs de sécurité intégrés à l'architecture de l'unité devraient, non seulement protéger les personnes

âgées contre les risques de blessures accidentelles, mais également leur procurer le sentiment qu'elles peuvent circuler sans danger, malgré leurs difficultés d'orientation et leurs problèmes d'équilibre et de mobilité. Pour donner aux malades ce sentiment de sécurité, il faut prévoir des accès libres d'obstacles, des revêtements de sol antidérapants, des systèmes d'alarme et de protection contre les incendies, des systèmes d'orientation, l'élimination des reflets éblouissants, etc.

Vous trouverez à l'article C-2.2 page 40 des présentes directives, de plus amples détails concernant l'aspect de la sécurité dans la conception. Vous y trouverez en outre la description des dispositifs visant à assurer la sécurité des malades durant les activités dont il est question dans le présent document.

1.2 CHANGEMENTS SENSORIELS

(i) La vision

La plupart des malades d'une unité gériatrique souffrent de troubles de la vision attribuables, entre autres, à des cataractes ou à une dégénérescence du cristallin. Ces troubles sont une source de problèmes particuliers pour le concepteur du système d'éclairage qui doit veiller à ce que l'environnement des personnes âgées soit sûr et exempt de risques d'accident.

Les changements dans les capacités visuelles associés au vieillissement et dont il faut tenir compte sont les suivants: réduction de la vision à distance et distorsion dans la perception de la profondeur; augmentation de la sensibilité à l'éblouissement; réduction de la vision périphérique; réduction de la capacité de distinguer les caractères fins et gravés; diminution de la capacité d'adaptation aux changements d'intensité lumineuse; augmentation de l'incidence des déficiences visuelles face aux couleurs (la capacité de distinction des teintes de vert et de bleu est celle qui diminue le plus et la capacité de distinction du rouge le moins); réduction de la capacité de distinguer deux surfaces contrastantes; et réduction de la capacité de distinguer clairement des objets dans un endroit faiblement éclairé.

(ii) L'audition

Les troubles de l'audition dont il faut tenir compte dans la conception des unités gériatriques sont les suivants: diminution générale de la sensibilité de l'ouïe; mauvaise perception des tons de sons, d'où une certaine difficulté à distinguer les sons de la parole et à comprendre ce qui se dit dans un groupe composé de plusieurs personnes, et réduction de la capacité de déterminer la direction des sons ou leur origine.

(iii) Sensibilité à la température

Les personnes âgées sont aussi particulièrement sensibles aux changements rapides de température.

1.3 CHANGEMENTS D'ORDRE MOTEUR

Les changements dans les capacités motrices associés au vieillissement et dont on doit tenir compte dans la conception des unités gériatriques sont les suivants: diminution de l'équilibre et de l'agilité; réduction de la force musculaire et raideur des articulations; et ralentissement des réflexes. La diminution de l'agilité, de l'équilibre et de la force musculaire sont des facteurs qu'on doit aussi considérer dans le choix des meubles destinés aux chambres des malades, de même qu'aux salles à manger et aux aires de récréation. Les enduits et les revêtements de parquet doivent être choisis en tenant compte des problèmes d'équilibre.

1.4 TROUBLES DE LA MÉMOIRE ET DE L'APPRENTISSAGE

La mémoire et la capacité d'interpréter ou d'assimiler de nouvelles informations augmentent la faculté d'adaptation à un environnement nouveau. Les troubles de la mémoire et de l'apprentissage associés au vieillissement qui ont des répercussions sur la capacité d'adaptation et dont il faut tenir compte dans la conception des établissements sont les suivants: difficulté à se rappeler des événements récents et troubles d'orientation dans la réalité; réduction de l'aptitude à se rappeler rapidement certains renseignements; réduction de la capacité de concentrer son attention sur les renseignements ou les détails pertinents; et réduction de la capacité de former de nouvelles associations.

Ces changements d'ordre physique qui accompagnent le vieillissement ont une incidence directe sur les décisions à prendre concernant la conception et l'aménagement intérieur des chambres de malades. Ainsi, on devrait veiller à ce que ces chambres soient situées le plus près possible des salles à manger et autres aires de restauration et de récréation, afin d'encourager les malades à les fréquenter.

Il est essentiel que les unités soient aménagées en fonction des changements qui accompagnent le vieillissement; si l'on ne tient pas compte de ces facteurs, non seulement la sécurité des malades est-elle menacée, mais on crée des obstacles qui entravent leur mobilité fonctionnelle, leur autonomie physique et leur bien-être psychologique.

Un aménagement adapté uniquement aux changements physiques qui accompagnent le vieillissement omet de répondre à une autre catégorie importante des besoins de malades âgés: les besoins d'ordre psychosocial.

L'architecte doit, par conséquent, être conscient des divers troubles psychiatriques engendrés par certains facteurs sociaux: deuils, isolement social, sentiment d'inutilité et inaptitude à s'adapter et à s'habituer aux changements rapides que subit le milieu. Léthargie et manque d'enthousiasme sont habituellement les conséquences de ces facteurs.

2.1 ADAPTATION À UN NOUVEAU MILIEU

La personne admise dans une unité gériatrique quitte un milieu familier pour se retrouver dans un établissement dont les coutumes lui sont étrangères. Dans ce genre d'environnement, tout le monde se sent au début désorienté et stressé, a fortiori les personnes âgées, qui sont à la fois plus vulnérables et moins bien équipées que les autres pour supporter un surplus de stress.

En plus de devoir s'adapter à un nouveau milieu, la personne admise dans une unité gériatrique est généralement soumise a d'autres sources de stress: rupture des relations personnelles et changement dans les rôles sociaux; cohabitation avec des étrangers; manque d'intimité, et même perte de toute vie privée; perturbation des habitudes alimentaires et des heures de sommeil; et incapacité quasi totale d'agir sur l'environnement personnel et social.

Ajouté aux problèmes associés à la réduction de la mobilité et de l'agilité de même qu'à la maladie, le stress généré par les différents facteurs sociaux et physiques tend à s'accompagner, chez les personnes âgées, d'un autre effet secondaire de l'adaptation à un nouveau milieu, à savoir une dépendance acquise au milieu hospitalier et une réaction de retrait[1]. Il est possible, toutefois, de compenser en partie cette dépendance à l'égard de l'établissement en veillant à ce que l'unité, par sa conception et son aménagement, réponde aux besoins psychosociaux et physiques des personnes âgées. Parmi ces

---

1 Se réfère à l'hypothèse de "Environmental Docility" avancée par Lawton et Simm (1968).

besoins, il y a le besoin d'intimité à l'abri des oreilles et des regards indiscrets; le besoin d'échanges francs et personnels avec la famille, les amis et le personnel médical; le besoin d'échanges personnels avec d'autres résidents; le besoin d'intimité dans les aires d'examen, les salles de toilette et de bains; le besoin de maintenir un certain contact et une certaine continuité avec le passé immédiat; le besoin d'information car le fait d'être informé procure à tout être humain un certain sentiment de maîtrise sur sa vie; le besoin de communiquer avec les autres, de s'exprimer et d'écouter; le besoin de se sentir maître de sa destinée, d'être autonome et de posséder sa propre identité, et enfin, l'assurance d'être en sécurité.

2.2 SOLITUDE ET REJET

En dressant les plans de l'unité gériatrique, il faut tenir compte des activités qui aident le malade à surmonter les sentiments de solitude et de rejet. Ainsi, l'aménagement devrait favoriser la création de "familles" de malades, tout en tenant compte de leur mode de vie et de leurs attitudes propres. Pareil aménagement incite les malades qui partagent les mêmes intérêts et qui s'entendent bien entre eux à former des groupes de soutien.

L'architecte peut, pour atteindre cet objectif, disposer les chambres autour d'atriums et éliminer ainsi les longs corridors inutiles. S'il ne peut recourir à ce genre de solution dans le cas d'un hôpital de soins actifs, à cause de la stricte similitude modulaire des chambres (avec habituellement des corridors donnant sur des chambres de chaque côté; ou avec accès aux chambres à partir de deux corridors parallèles séparés par les aires de service), il peut alors veiller à ce que les chambres des malades donnent sur les aires communes et permettent d'avoir une vue sur le déroulement des activités et sur les aires extérieures.

Dans tous les cas, des rideaux ou des stores devraient permettre au malade d'avoir le choix de regarder ce qui se passe dans les aires communes ou de protéger l'intimité de sa chambre.

La distance entre les chambres et les aires de récréation devrait être maintenue à un minimum et l'emplacement de ces aires devrait être indiqué à l'aide d'une signalisation ou d'indices appropriés (couleurs, odeurs, représentations d'objets concrets, etc.).

Les appareils modernes de communication peuvent aussi être utilisés à profit pour surmonter les sentiments d'isolement et de solitude. Ces dispositifs permettent aux personnes gravement handicapées ou atteintes de surdité de communiquer avec parents et amis. Ainsi, les combinés téléphoniques dotés d'un dispositif permettant d'amplifier le son pour les malentendants et d'éliminer la gêne due aux bruits ambiants peuvent encourager les malades à communiquer plus souvent avec parents et amis.

Il devrait y avoir des boutons d'appel et des prises de téléphone[2] à différents endroits, de façon que les malades puissent continuer d'y avoir accès même lorsqu'ils modifient la disposition des meubles dans leur chambre.

2.3 IDENTITÉ PERSONNELLE

Il arrive souvent que des personnes soient hospitalisées dans l'unité gériatrique d'un hôpital en attendant leur admission dans un autre établissement de soins prolongés ou pour malades chroniques. Ces malades font un long séjour à l'unité et l'on ne devrait ménager aucun effort pour atténuer le stress et l'anxiété causés par le changement éventuel d'établissement. La chambre devrait être conçue de façon à permettre aux malades hospitalisés pour une période prolongée de se sentir chez eux. On devrait leur permettre de modifier la disposition des meubles dans leur chambre et d'apporter à l'hôpital certains objets personnels. Les malades hospitalisés pour une période prolongée devraient être autorisés, dans la mesure du possible, à apporter à l'hôpital certains petits éléments de mobilier, leur fauteuil préféré par exemple. Pour respecter l'identité et l'individualité du malade, l'espace dans les chambres à plus d'un lit devrait être divisé en aires personnelles à l'aide de lignes de

---

2 Pour plus de détails, voir la partie en page 18 sur les systèmes de communication et d'appel.

démarcation faites, par exemple, de ruban gommé de couleur, de façon à laisser à chaque malade une certaine latitude dans l'utilisation de l'espace sans empiéter sur celui des autres.

Les malades devraient disposer de placards suffisamment grands pour y ranger leurs effets personnels et leurs vêtements d'extérieur, de même que d'une coiffeuse, si le séjour doit être prolongé. Ces espaces de rangement devraient être placés à une hauteur appropriée pour les malades en fauteuil roulant, de façon, par exemple, que ces derniers aient accès aux tiroirs et aux crochets[3].

La couleur des murs peut changer d'une chambre à l'autre pour donner une note personnelle à chacune.

Chaque chambre devrait être dotée d'un dispositif de réglage de la température de la pièce et de l'éclairage, de même que de veilleuses. Le personnel devrait en outre avoir la possibilité d'atténuer l'éclairage dans les corridors la nuit afin de réduire les problèmes d'adaptation à l'obscurité.

La ventilation ou le conditionnement de l'air devraient s'effectuer à raison de quatre changements d'air par heure.

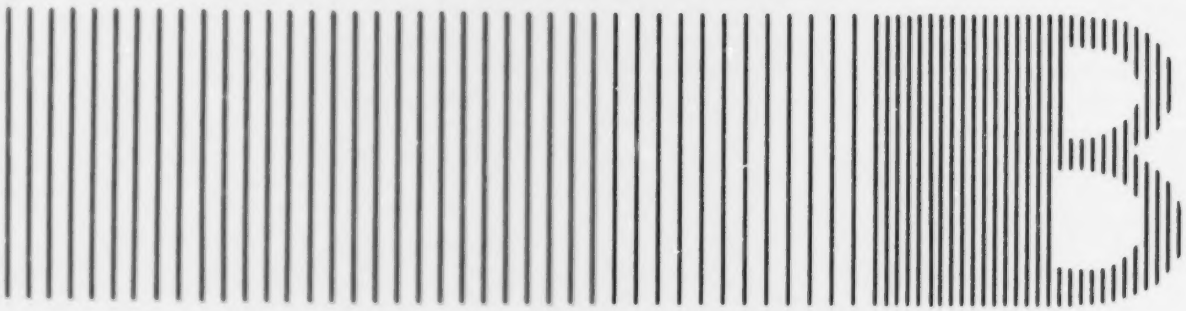
Chaque chambre devrait posséder son propre thermostat, sous boîtier, à commande à clé, sans thermomètre.

En hiver, la température, dans les unités gériatriques, devrait se situer entre 20°C et 24°C (68°F à 75°F), avec possibilité d'ajustement individuel selon les besoins de chacun.

---

3 Pour plus de détails, voir la publication de la SCHL intitulée: "Logements pour personnes âgées".

INFLUENCE DES BESOINS SUR LE DESIGN DE L'UNITÉ



1.1 PRINCIPAUX FACTEURS À CONSIDÉRER AU MOMENT DE LA PLANIFICATION

La complexité du fonctionnement et de la structure des services gériatriques est influencée par deux facteurs importants:

1) l'augmentation prévue de la population âgée au Canada;

2) les nouvelles théories sur l'environnement qui conviennent le mieux au soin et à l'épanouissement des personnes âgées.

À cause de ces deux facteurs, la planification des établissements gériatriques a dépassé le stade des décisions spontanées et non coordonnées. On a maintenant recours aux services de spécialistes pour assurer la planification, l'organisation et la gestion judicieuses de ces établissements.

Les experts du monde entier en matière de planification et d'organisation de services gériatriques n'ont pas réussi à tirer de conclusions définitives sur l'utilité d'une reconnaissance internationale de la gériatrie comme domaine de spécialité médicale. La première responsabilité de l'architecte et du planificateur chargés de concevoir des services gériatriques consiste à s'entendre avec les usagers sur une définition des services en question. Au Canada, non seulement les établissements gériatriques varient-ils d'une province à l'autre, mais les termes utilisés n'ont pas nécessairement la même signification partout.

Il est essentiel que l'architecte comprenne bien ce que le client entend par niveaux et types de soins et qu'il connaisse bien les critères à respecter pour créer un environnement qui réponde aux exigences des usagers.

Ensuite, l'architecte doit se familiariser avec le programme gériatrique établi et en évaluer l'ampleur dans le contexte du programme général de santé de la collectivité.

L'architecte peut ainsi déterminer la place que doit occuper l'établissement à concevoir parmi les autres services offerts dans la collectivité et lui donner la forme qui convient le mieux à son objet. L'architecte doit aussi tenir compte du

type de collectivité auquel s'adressent les services. Les programmes et activités sociales requis varient selon la collectivité concernée, en fonction de l'ethnie, des intérêts dominants de la population, et des différentes caractéristiques du client principal, à savoir "le malade".

- Dans le cas du service gériatrique d'un hôpital, l'architecte doit veiller d'abord et avant tout à créer un environnement qui convienne à des malades dont les capacités physiques et sensorielles sont grandement diminuées.

Certains malades souffrent de malnutrition ou de troubles circulatoires, ont des problèmes de vision ou d'audition, et se déplacent lentement. La prise en considération de ces limites physiques est d'intérêt primordial dans l'aménagement de l'unité: par exemple les distances doivent être maintenues à un minimum, les directions doivent être clairement indiquées et rien dans l'aménagement intérieur ne devrait être une source de confusion.

- En deuxième lieu, l'architecte doit être conscient des divers troubles psychiatriques et émotionnels qui peuvent résulter de certains facteurs sociaux: deuils, isolement social, sentiment d'inutilité et inaptitude à s'adapter et à s'habituer aux changements rapides que subit le milieu. La léthargie et le manque d'enthousiasme sont habituellement les conséquences de ces facteurs.

Les considérations relatives au design doivent refléter une connaissance des causes de différents troubles et aider à l'aménagement des locaux de façon à en éliminer le plus grand nombre possible. Ainsi, l'isolement social pourrait être éliminé par un choix d'aménagement qui favorise le regroupement des malades; l'aide de ces derniers à mieux vivre un deuil, pourrait être favorisée par la présence d'aires fonctionnelles qui favorisent les échanges avec les membres du personnel et de la famille; le sentiment d'inutilité pourrait être surmonté par l'aménagement d'aires réservées au bricolage ou à des passe-temps permettant ainsi aux personnes âgées de mettre à profit ou de développer certaines aptitudes personnelles, etc.

- En troisième lieu, les cas de maladie terminale et de décès sont à considérer dans l'aménagement. De façon générale,

le nombre de ces cas augmente avec l'âge. À ce chapitre, il convient d'accorder une attention toute particulière aux deux points suivants:

1) préservation de l'intimité et de la dignité des mourants, de leurs proches, parents et amis;

2) nécessité que la dépouille mortelle soit déplacée et manipulée à l'abri des regards avant son départ de l'hôpital (soit lorsqu'elle est transportée de la chambre à la morgue, puis chez l'entrepreneur du salon funéraire).

Le nombre d'aires spéciales à prévoir pour accommoder ces considérations est fonction des programmes de santé établis pour l'établissement.

Enfin, il est reconnu que la confusion est un problème majeur chez le tiers des malades des services gériatriques. Selon une école de pensée, les personnes confuses devraient être séparées des autres et regroupées dans un même secteur de l'établissement aménagé de façon à créer un environnement stable et rassurant, étant donné que ce groupe de malades est celui dont il faut assurer la sécurité. Toutefois, en isolant ainsi les malades confus, on risque qu'ils finissent malencontreusement par être confiés aux soins d'un service psychiatrique.

On aboutit donc au dilemme suivant: si l'on garde des personnes confuses avec les autres malades âgés en augmentant les mesures de sécurité, on risque de compromettre l'équilibre de la personne lucide, et si on les éloigne des autres, on risque de leur coller une étiquette qui les fera aboutir dans une unité psychiatrique.

Les quatre facteurs énumérés ci-dessus indiquent à quel point les décisions prises au moment de la planification peuvent comporter des effets à long terme sur les soins aux personnes âgées. Il est donc très important que les planificateurs (architectes, groupes d'utilisateurs et autres) comprennent bien que les besoins diffèrent d'un groupe à un autre et que les exigences à satisfaire au niveau de la planification varient selon le groupe de personnes âgées dont il s'agit d'assurer le bien-être. Il serait souhaitable que tous ceux qui ont à intervenir dans la mise sur pied d'un

établissement discutent de toutes ces questions et résolvent les problèmes qui se posent avant d'établir des plans définitifs.

1.2 RAPPORT AVEC LES AUTRES SERVICES CLINIQUES

La première décision que doivent prendre les planificateurs est le choix de l'emplacement de l'unité gériatrique dans l'hôpital. Bien que l'unité ait des rapports fonctionnels avec à peu près tous les autres secteurs de l'hôpital, il importe que les locaux soient situés au rez-de-chaussée, afin que les malades aient accès aux jardins et aux aires extérieures pendant l'été, et pour faciliter l'évacuation rapide des malades alités en cas d'urgences et éviter aux malades du service de soins de jour d'avoir à parcourir de longs corridors à l'intérieur de l'hôpital. Toutefois, on doit éviter de situer l'unité à une trop grande distance des aires de soins intensifs, ce qui isolerait les malades âgés des autres malades en plus de limiter leur accès aux technologies de pointe, aux spécialistes et aux services essentiels offerts à l'hôpital.

1.3 REZ-DE-CHAUSSÉE OU ÉTAGES SUPÉRIEURS?

Le rez-de-chaussée offre habituellement plus de possibilités d'accès à des aires agréables mais qui sont trop souvent reléguées au dernier rang des priorités. Qu'on pense ici aux jardins, aux solaria et aux aires permettant de rencontrer des gens à l'extérieur. On doit bien soupeser les avantages du rez-de-chaussée par rapport à ceux qu'offrent les étages supérieurs avant de choisir l'emplacement de l'unité. L'unité au rez-de-chaussée, permet à l'architecte de prévoir un salon et des aires d'activité donnant sur une cour extérieure.

1.4 ACCÈS DES VÉHICULES

Lorsque l'unité gériatrique d'un hôpital comporte un service de soins de jour ou un service hospitalier de jour pour les malades externes, il est essentiel que les véhicules aient accès à l'entrée située le plus près de l'unité. Dans cette entrée, des signes appropriés devraient indiquer la direction de l'unité et des téléphones devraient être installés de façon que les usagers puissent faire venir un taxi au besoin. L'entrée principale devrait être facile à reconnaître de la

rue, être à l'abri des intempéries, bien éclairée la nuit, attrayante, et ne comporter ni marches ni surface glissante pour piétons.

2.1 L'ESPACE INTÉRIEUR

L'espace à l'intérieur de l'unité devrait converger vers un point central, un atrium par exemple. Une telle disposition non seulement atténue l'aspect "établissement de soins", mais offre une bonne solution au besoin de stimulations sensorielles répétées des personnes d'âge très avancé; un simple rappel à l'emplacement du point central permet à ces dernières de s'orienter. Ce type de disposition permet aussi d'éviter le problème des salons qui restent inutilisés parce qu'isolés, et de renforcer le sentiment de communauté à l'intérieur de l'établissement en promouvant à dessein les contacts entre les malades qui nécessitent beaucoup de soins et ceux qui fonctionnent de façon plus autonome.

Outre la mise en relief de certains espaces à l'aide de moyens visuels, l'architecte devrait recourir à des sons, des sensations tactiles, voire des odeurs, pour aider les malades à se situer à l'intérieur des bâtiments et à bien connaître les différentes aires. Selon Nathan Levine[4], qui a étudié ces questions, certaines couleurs et distances optimales sont suggérées comme favorisant les interactions (soit, pour les interactions sociales, un rayon d'environ 1800 mm et, pour les interactions de type public, un rayon d'environ 3600 mm).

Selon Byerts et Bonway, "si l'architecte doit faire un choix entre des valeurs esthétiques (un environnement humain) et des valeurs utilitaires, il devrait dans bien des cas opter pour les premières".

Enfin, l'atrium offre un espace suffisamment vaste et agréable pour pouvoir accueillir des groupes communautaires toujours assez considérables et permettre les activités communautaires prévues dans le cadre de programmes variés.

Petits groupes de personnes et cours

L'aménagement intérieur devrait favoriser le regroupement, à l'intérieur de l'établissement, de malades ayant chacun leur

---

4 Nathan Levine and Associates, Architectural Record, May 1977.

mode de vie propre. Ainsi, les personnes qui ont les mêmes intérêts et qui s'entendent bien sont amenées à former des groupes de soutien.

Quand il aborde la question des cours recouvertes, l'architecte devrait déterminer le concept qui convient le mieux à l'établissement en se fondant sur les préférences des utilisateurs (malades et membres du personnel). Deux grandes options s'offrent à lui:

1) faire de l'atrium ou de la cour principale un point central de l'établissement;

2) aménager des cours séparées entourées de chambres.

La deuxième option favorise l'établissement de "familles" de malades et les interactions sociales. Tout dépend en définitive du nombre de malades et de leur mobilité.

La meilleure solution serait une combinaison des deux options.

2.2 ÉCLAIRAGE

L'éclairage de l'unité gériatrique d'un hôpital devrait être conçu avec beaucoup de soin. Les troubles de la vision qui accompagnent le vieillissement entraînent chez les personnes âgées une difficulté croissante à bien s'adapter à l'environnement visuel. Souvent, ces personnes n'ont plus l'acuité visuelle de leurs jeunes années et elles ont de plus en plus de difficulté à s'adapter rapidement aux variations d'intensité de la lumière; luminosité et éblouissement deviennent un problème majeur pour elles.

Les malades âgés ont besoin, pour l'exécution de certaines tâches, d'une lumière plus intense qui accentue les contrastes, de façon à voir aussi bien que les personnes relativement plus jeunes. En soulignant la nécessité d'une plus grande quantité de lumière, on ne décrit qu'un aspect du problème. Il importe aussi, dans les aires gériatriques, que la lumière soit de meilleure qualité qu'ailleurs. En d'autres termes, il importe de réduire l'éblouissement et les reflets aveuglants, d'améliorer la répartition de l'intensité lumineuse de même que le confort visuel.

Le spécialiste de l'éclairage peut recourir à différentes techniques pour concevoir un système d'éclairage optimal qui convienne aux besoins des personnes âgées. Ainsi, comme les malades âgés sont très sensibles aux reflets éblouissants non atténués, il faudrait s'efforcer de réduire le nombre des surfaces réfléchissantes qui causent de tels reflets. On recommande, par conséquent, de choisir un fini mat pour les chambres.

Les reflets éblouissants ont des effets nocifs sur les personnes âgées. Un bon contrôle des contrastes dans l'intensité lumineuse permet une amélioration sensible de la vision et du confort visuel. Pour un contrôle visuel optimal, il faut habituellement que la lumière utilisée pour une tâche particulière soit environ trois fois plus intense que la lumière dans le reste de la pièce. Des fenêtres nues et des sources de lumière non tamisée sont, pour les personnes âgées, des causes d'inconfort visuel. Pour résoudre le problème d'éblouissement créé par les fenêtres, le concepteur peut utiliser du verre réfléchissant, du verre filtrant, divers types de stores, des écrans et des draperies bien choisies. Pour réduire l'éblouissement direct en provenance d'une source lumineuse, on peut recouvrir la source de lumière d'un écran approprié ou utiliser des pare-soleil de faible luminosité (des persiennes paraboliques, par exemple) et placer l'appareil d'éclairage à un endroit propice, de façon que l'angle de vision soit à l'extérieur de la zone d'éblouissement direct.

Le besoin d'un meilleur éclairage se fait aussi sentir dans les aires de récréation et de restauration de l'unité gériatrique, de même que dans les aires de physio et d'ergothérapie, dans les toilettes, les salons de beauté et de coiffure, l'aire réservée aux barbiers et, plus particulièrement encore, dans les salons. Ces dernières aires devraient être dotées de lampes de lecture assurant un éclairage intense, conçues de façon à limiter les reflets éblouissants et à assurer une protection maximale contre les risques associés aux appareils électriques et mécaniques.

On ne devrait ménager aucun effort pour éviter le climat typique d'un hôpital. Des aires attrayantes, bien éclairées et décorées de couleurs gaies contribuent également au

bien-être physique et mental des malades et atténuent le stress émotionnel, la peur et l'anxiété qui sont souvent le lot des personnes âgées.

Le système d'éclairage des aires réservées aux malades, des postes infirmiers, de même que des aires réservées aux services administratifs et autres de l'unité peut être conçu de la même façon, grosso modo, que celui des autres secteurs de l'hôpital. On doit, d'abord et avant tout, veiller à ce que soient respectés les grands critères suivants: a) fournir un éclairage satisfaisant et adapté aux tâches à exécuter dans les différentes aires; b) assurer le maximum de confort visuel; c) réduire au minimum les reflets éblouissants; et d) mettre l'accent sur la qualité de l'éclairage. Le respect de ces critères suppose un choix judicieux des couleurs des murs intérieurs, des plafonds et des planchers, compte tenu du facteur de réflexion; l'adoption d'appareils d'éclairage de qualité; le contrôle de la luminosité et de l'intensité des sources de lumière; le choix intelligent de la couleur de ces sources et la prévention efficace de l'éblouissement et des reflets éblouissants.

Tels qu'ils ont été mentionnés dans la section 1.2 page 2 les problèmes de vision, attribuables, aux personnes âgées posent un défi au concepteur de l'éclairage qui doit offrir à ces personnes un environnement sûr et les protéger contre les accidents qui pourraient résulter d'un éclairage insuffisant.

L'une des principales causes d'accidents tient à la difficulté qu'éprouvent les personnes âgées à adapter leur oeil aux changements d'intensité lumineux lorsqu'elles passent d'une zone bien éclairée à une zone sombre et vice versa. Ces changements sont la cause de beaucoup de chutes accidentelles chez les personnes âgées dans les escaliers. On signale que la plupart des chutes se produisent à la première marche suivant un palier. C'est là, souvent, que l'intensité de l'éclairage change brusquement. Il arrive que les quelques premières marches au niveau du palier ne soient pas suffisamment éclairées, d'où un problème d'adaptation de l'oeil à cause du changement brusque d'intensité de la lumière. On peut, en veillant à ce que les premières marches soient bien éclairées, réduire les risques d'accidents auxquels sont exposées les personnes âgées dans les escaliers.

Nous n'avons pas voulu, dans les présentes lignes directrices, recommander des niveaux d'éclairage pour chacune des aires ou chacun des espaces de l'unité gériatrique. Le choix des niveaux d'éclairage nécessite l'examen de nombreux facteurs et il doit se faire en fonction d'un grand nombre de variables. En voici quelques-unes: tâches visuelles pouvant être exécutées dans une aire donnée: importance, durée et difficulté de chaque tâche; degré d'exactitude requis; âge de l'observateur; réflexion des murs, des planchers et du mobilier; économie d'énergie, etc. Nous recommandons au lecteur de consulter l'ouvrage publié en 1981 par L'Illuminating Engineering Society, et intitulé "Lighting Handbook on Application for currently recommended Illuminance Values for Lighting Design in Health Care Facilities".

Des recommandations devraient être faites concernant les différents types de sources lumineuses, à fluorescence ou à incandescence, par exemple, dans chacune des aires, compte tenu de la qualité et du genre d'ambiance requis: calme, intime, ou propice aux activités à caractère social.

2.3 SYSTÈMES DE COMMUNICATION ET D'APPEL

2.3.1 Système d'appel des infirmières

Un système audio-visuel d'appel des infirmières devrait assurer la transmission des appels depuis le lit des malades jusqu'au poste infirmier et l'allumage d'un plafonnier situé dans le corridor au-dessus ou à côté de la porte de la chambre. Cette lumière devrait être visible d'un bout à l'autre du corridor. Le système devrait aussi inclure un témoin lumineux indiquant à l'infirmière le lit occupé par le malade qui a besoin d'aide. Il faudrait aussi installer, près du lit du malade, un haut-parleur, une prise de courant pour un bouton d'appel ou pour un écouteur fixé à l'oreiller au besoin. Une poire d'appel facile à manipuler peut remplacer le bouton d'appel dans le cas des malades âgés incapables d'actionner ce genre de bouton.

Un système de bouton d'appel d'urgence consistant en un simple bouton placé sur une plaque murale ou en un bouton actionné à l'aide d'une ficelle et muni d'un témoin avec interrupteur devrait être installé sur le mur dans les toilettes de la chambre de façon que le malade puisse, en cas de besoin, transmettre un appel d'urgence au poste

infirmier. Un appel d'urgence devrait allumer un clignotant rouge au plafond et au poste infirmier. Cet appel ne devrait pouvoir être annulé que du lit du malade afin que l'infirmière soit forcée de répondre sans tarder à l'appel d'urgence. Toutes les aires de traitement et les salles de bains devraient aussi être dotées de postes d'appel d'urgence.

Si l'établissement est doté d'un système de téléavertisseur, l'infirmière devrait pouvoir communiquer verbalement avec le malade qui transmet un appel au poste. Toutefois, on a constaté que les communications verbales sont parfois mal comprises par les malades âgés qui entendent mal.

2.3.2 Système de téléavertisseur

Si l'unité gériatrique est dotée d'un téléavertisseur, celui-ci devrait être intégré au système central de l'hôpital, mais ses raccords devraient pouvoir être débranchés du poste de contrôle central, de façon que le système de l'unité gériatrique puisse fonctionner de façon autonome ou être fermé. Le téléavertisseur devrait en outre pouvoir être réglé à différents volumes. Ce système pourrait aussi, au besoin, être utilisé pour diffuser de la musique d'ambiance.

2.3.3 Réseau téléphonique

Des téléphones devraient être installés au poste infirmier de même que dans les bureaux des infirmières et des médecins. En outre, des taxiphones devraient être installés dans la salle d'attente à l'intention des parents des malades. Des prises téléphoniques devraient être prévues à côté de chaque lit de façon que les malades puissent avoir leur propre appareil de téléphone pendant leur séjour à l'hôpital s'ils le désirent.

2.3.4 Appareils de télévision

On devrait envisager la possibilité d'installer des appareils de télévision comme moyen de divertissement pour les malades. Le système devrait être conçu avec soin et comporter une antenne extérieure avec descente coaxiale raccordée à un amplificateur d'alimentation des prises d'antenne individuelles. L'appareil de télévision devrait être disposé de façon que le malade puisse voir l'écran facilement de son lit et de son fauteuil. Une prise, située à proximité de chaque sortie

d'antenne, devrait permettre de brancher l'appareil de télé. Il est à recommander d'installer dans les chambres des malades des écouteurs fixés à l'oreiller de façon que ces derniers puissent écouter une émission sans déranger ceux qui occupent la même chambre qu'eux. Il devrait aussi y avoir une prise de télévision dans le salon réservé aux malades.

2.4 ALIMENTATION EN COURANT ÉLECTRIQUE

L'unité gériatrique devrait être alimentée en courant électrique par le truchement du tableau de distribution principal de l'hôpital desservant le secteur occupé par l'unité. Les tableaux alimentant les appareils d'éclairage, les prises de courant et les petits appareils devraient être situés au même étage que les circuits qu'ils alimentent et 25 p. 100 de leur capacité devrait constituer un circuit de réserve à utiliser en cas d'augmentation de la charge. Dans tous les tableaux, à l'intérieur de la porte, devrait se trouver un répertoire des circuits précisant la charge à laquelle chacun doit répondre.

L'installation électrique devrait être conforme aux exigences de l'Association canadienne de normalisation et de la première partie du Code canadien de l'électricité, intitulée "Normes de sécurité relatives aux installations électriques", de même qu'aux codes locaux pertinents. Les matériaux utilisés pour l'installation électrique devraient être de la meilleure qualité possible afin d'assurer la fiabilité et la durabilité du système. On se trompe si l'on croit faire des économies en utilisant des matériaux de qualité inférieure. Pareil choix se traduit souvent par une augmentation des frais d'entretien et de réparation, de même que par de fréquentes défaillances du système et des périodes prolongées de réduction de l'alimentation et de mauvais fonctionnement du système.

2.5 ALIMENTATION DE SECOURS

Certains circuits de l'unité gériatrique devraient être reliés à la génératrice de secours de l'hôpital. Il s'agit notamment des circuits qui alimentent certains appareils d'éclairage servant à la signalisation de même qu'à l'illumination des sorties, des escaliers et des corridors; de ceux qui alimentent un certain nombre de sources de lumière et de prises de courant au poste infirmier, le système d'appel des infirmières, les téléavertisseurs et le système d'alarme en cas

d'incendie; de ceux qui fournissent le courant et l'éclairage nécessaires au maintien du service téléphonique, une prise de courant par mur-lit dans les chambres des malades, de même qu'une prise et un certain nombre d'appareils d'éclairage dans la salle de traitement.

2.6 INTERRUPTEURS ET PRISES

Dans l'unité, on ne devrait installer que des interrupteurs silencieux, de qualité professionnelle, afin de réduire le bruit. L'éclairage dans le corridor de l'aire occupée par les malades devrait être contrôlé à l'aide d'interrupteurs situés dans le poste infirmier. Ainsi, l'infirmière peut réduire l'intensité de l'éclairage dans le corridor pendant les périodes de faible circulation (la nuit et tôt le matin, par exemple). Les interrupteurs à actionner pour éclairer la chambre des malades la nuit devraient se trouver à l'entrée de la pièce. Il peut s'agir d'interrupteurs à bascule, lumineux, faciles à repérer et à actionner la nuit, dans l'obscurité la plus complète. Quant à l'interrupteur servant à allumer la lampe de lecture, il devrait se trouver à la portée du malade.

Les prises devraient être de qualité professionnelle et présenter les caractéristiques suivantes: 15 ou 20 ampères, 3 fils, mise à la terre en "U", 125 volts. Des prises spéciales devraient être installées à divers endroits dans le corridor pour le branchement des appareils de radiographie portatifs. D'autres prises spéciales devraient être installées dans certaines aires pour les chariots d'aliments, au besoin.

Dans les chambres des malades, au moins deux prises doubles devraient être installées de chaque côté du lit. Si des lits motorisés sont fournis, une prise simple spéciale devrait être installée à la tête de chaque lit. Les prises reliées au groupe électrogène de secours devraient être de couleur rouge. On devrait informer le personnel de l'hôpital que ces prises rouges sont sous tension lorsque le système d'alimentation normal ou de secours est utilisé. D'autres prises doubles devraient être installées dans les chambres des malades pour le branchement des lampes sur pied (de lecture) etc. Ces prises devraient satisfaire aux exigences des codes locaux et être installées à environ 460 mm au-dessus du plancher. Il devrait en outre y avoir une prise dans les toilettes pour le branchement d'un rasoir ou d'un séchoir à cheveux.

2.7 BRUIT

Il est impératif que l'unité gériatrique soit située dans un secteur tranquille de l'hôpital, et voici pourquoi:

- les habitudes de sommeil et de repos des personnes âgées varient grandement (par exemple, certaines font des siestes le matin et l'après-midi, d'autres se lèvent tard, etc.);

- les interruptions du cycle du sommeil ont de mauvais effets sur la plupart des personnes, étant donné que le sommeil joue un rôle essentiel dans le processus de récupération.

Il peut donc être nécessaire d'utiliser différents moyens pour réduire le bruit; on peut, par exemple, utiliser des fenêtres à vitrage double, calfeutrées, et veiller à ce que les coefficients de transmission du son des murs et des planchers soient élevés, installer des portes à âme pleine et des garnitures d'isolation acoustique.

2.8 CHAUFFAGE ET VENTILATION

2.8.1 Contrôle d'ambiance

Les contrôles d'ambiance devraient être conçus en conformité avec le chapitre 6 du Code national du bâtiment et avec la norme pertinente de l'ACNOR, ainsi qu'avec tous les autres codes en vigueur à l'échelon local.

2.8.2 Conception des systèmes de contrôle de la température et du degré d'humidité

En hiver, la température à l'intérieur de l'unité gériatrique devrait se maintenir entre 20°C et 24°C (68°F et 75°F), avec possibilité de réglage individuel en fonction des besoins du malade. En été, la température devrait se maintenir entre 24 et 27°C (75 et 80°F), avec une humidité relative de 30 et 50 %.

2.8.3 Contrôle de la température

Pour éviter que la température profonde du corps ne s'abaisse au dessous de 35°C (hypothermie), et qu'elle ne

s'élève à plus de 39°C (hyperthermie), on devrait assurer un contrôle précis de la température dans chacune des chambres des malades.

On devrait installer des thermostats sous boîtier, à commande à clé, sans thermomètre, afin d'éliminer toute possibilité de manipulation par des malades ou des visiteurs ayant la vue affaiblie et pouvant en conséquence régler le thermostat à une température qui pourrait présenter des risques pour le malade ou être contraire aux indications du médecin traitant.

2.8.4 Système de chauffage

Le système de chauffage produisant une chaleur directe dans l'unité ne devrait comporter aucune unité d'induction ni faire appel à la vapeur.

2.8.5 Circulation de l'air

On devrait, dans la conception des systèmes d'aération et de climatisation, tenir compte de la vitesse de circulation de l'air dans les zones affectant le malade dans une position assise ou debout.

Pour éliminer toute entrave au confort thermique des malades, on devrait veiller à ce que la vitesse de circulation de l'air ambiant dans les aires occupées par les malades se maintienne entre 0,20 et 0,30 m/sec (40 et 60 pi/min).

Dans les cas de circulation d'air à une vitesse inférieure à 0,20 m/sec, les malades pourraient avoir l'impression de manquer d'air; et si l'air circulait à une vitesse supérieure à 0,30 m/sec, les malades pourraient avoir l'impression désagréable de se trouver dans un courant d'air et leur bien-être physique et mental pourrait en souffrir.

2.8.6 Ventilation

La ventilation et la climatisation devraient s'effectuer à raison de:

- 4 renouvellements d'air par heure dans les chambres des malades;

- jusqu'à 10 renouvellements d'air par heure dans les salles de bains et de toilette;

- 4 renouvellements d'air par heure dans les salles d'attente et de séjour s'il est interdit de fumer dans ces aires;

- la salle d'artisanat devrait être dotée d'un système spécial d'approvisionnement en air et d'évacuation de l'air si des appareils de menuiserie y sont utilisés (ventilateur avec collecteur de sciure de bois, etc.);

- jusqu'à 4 renouvellements d'air par heure dans l'aire de restauration; si une plaque chauffante est installée, une hotte avec ventilateur d'évacuation et interrupteur à commande individuelle devrait aussi être installée;

- jusqu'à 10 renouvellements d'air par heure dans la cuisinette; si la pièce contient des appareils de cuisine, une hotte avec ventilateur d'évacuation et un filtre à graisse avec interrupteur à commande individuelle devraient aussi être fournis; l'air devrait être évacué à l'extérieur du bâtiment; et

- jusqu'à 6 renouvellements d'air par heure dans la salle à manger.

2.8.7 Alimentation en air frais

Toutes les chambres de l'unité devraient être alimentées en air frais à raison de deux renouvellements d'air par heure, conformément aux recommandations de la plupart des spécialistes de la santé (médecins, infirmières, etc.).

Néanmoins, le système de ventilation devrait être vérifié, tout particulièrement dans les bâtiments très étanches. On devrait s'assurer que le débit d'air frais n'est pas inférieur à 2,5 L/sec (5,3 pi^3/min) par occupant dans toutes les pièces.

2.8.8 Régulation du système de ventilation

Si un programme de soins de jour est intégré à l'unité, les systèmes d'alimentation en air et d'évacuation de l'air de l'unité gériatrique de jour devraient comprendre des ventilateurs à deux vitesses et un dispositif nocturne d'abaissement

du point de consigne intégré au système de régulation, afin d'économiser l'énergie, etant donné que les soins de jour se limitent aux heures normales de travail.

2.9 PLOMBERIE

2.9.1 Plomberie

Tous les appareils sanitaires devraient être conçus et installés conformément aux dispositions de la partie 7 du Code national du bâtiment, de même qu'à celles des codes provinciaux et locaux pertinents et à la norme Z317.1-M1978 de l'ACNOR.

2.9.2 Eau chaude

Dans le système central ou les systèmes périphériques, la température de l'eau chaude utilisée à des fins générales ne devrait pas dépasser 45°C (110°F); on devrait prendre des mesures pour empêcher l'eau d'atteindre des températures trop élevées dans la tuyauterie pendant les heures d'utilisation réduite ou nulle.

Dans les baignoires ou douches, tous les robinets mélangeurs utilisés par les malades devraient être dotés d'un dispositif de sécurité haute température, réglé à 40°C (104°F), par mesure de sécurité pour les malades handicapés qui pourraient autrement s'ébouillanter.

2.9.3 Brise-vide

Toutes les pommes de douche ajustées à un tuyau souple devraient comprendre un brise-vide monté à une hauteur convenable et sûre.

2.9.4 Appareils sanitaires

2.9.4.1 Toilettes des malades

Les salles de toilette des malades devraient comprendre les appareils suivants:

- un W.-C. avec cuvette à action siphonnique et soupape de chasse d'eau sur le côté; le W.-C. devrait aussi être muni

d'un couvercle rabattable sur lequel s'appuyer, de même que d'un siège double ouvert à l'avant à hauteur réglable, avec charnière de retenue ou amortisseurs;

- des barres d'appui devraient être installées de chaque côté du W.-C. pour les malades gauchers et droitiers;

- le lavabo devrait être en porcelaine vitrifiée avec rebord anti-éclaboussures, porte-savon incorporé, et orifices de trop-plein et d'évacuation sans obturateur avec bonde de vidange et grille. Les robinets d'alimentation en eau devraient avoir des manettes, montées à quatre pouces d'entraxe, commandées par le poignet et un bec avec aérateur. Le modèle des lavabos et leur hauteur devraient être déterminés de façon à convenir aux malades en fauteuil roulant.

- des avaloirs au sol peuvent être requis dans certaines aires.

2.9.4.2 Salles de bains des malades

Les salles de bains des malades devraient comprendre les appareils suivants:

- un W.-C. décrit ci-dessus;

- un lavabo décrit ci-dessus, mais incorporé à un meuble; et

- une baignoire à surface antidérapante, avec des barres d'appui sur trois côtés et une douche-téléphone réglable fixée à la barre verticale et pouvant être utilisée par le malade en position assise ou debout dans la baignoire.

2.9.4.3 Baignoires et douches spéciales

L'unité devrait être dotée de baignoires et de douches spéciales, à des fins hygiéniques et thérapeutiques:

- une baignoire spéciale accessible sur trois côtés, avec mitigeur précis, agitateur à effet de tourbillon et soulève-patient hydraulique s'impose. Dans la même pièce,

un lavabo, incorporé à un meuble de préférence et comprenant un espace de rangement pour les serviettes etc., est requis pour le personnel soignant;

- une douche spéciale, sans bordures est requise pour les malades en fauteuil roulant; cette douche devrait comprendre, fixée à la barre verticale, une pomme réglable que le malade peut tenir dans sa main et un robinet mélangeur de sécurité; la surface du plancher devrait être assez grande pour permettre l'installation d'un banc sur lequel les malades pourraient s'asseoir pour se faire sécher et, à l'occasion, l'utilisation, par le personnel soignant, d'un soulève-patient mobile pour les malades en fauteuil roulant;

- les sièges de douche, les barres d'appui et les manettes de commande de la douche devraient être installés à une hauteur qui convient aux malades en fauteuil roulant; et

- les avaloirs au sol devraient être munis d'une bonde de vidange, et non d'une grille, et la pente nécessaire à l'évacuation de l'eau de la douche devrait être légère afin que le malade en fauteuil roulant puisse utiliser la douche facilement.

2.9.4.4 Salon de coiffure

L'évier de service devrait être de couleur foncée ou en acier inoxydable, de façon à éviter les taches de teinture. L'évier devrait comprendre un robinet d'eau chaude et d'eau froide, de même qu'une pomme de douche manuelle. L'évier devrait être installé à une hauteur qui convienne tant aux malades en fauteuil roulant qu'aux autres malades (les canalisations d'alimentation et d'évacuation devraient être souples afin de pouvoir s'adapter aux besoins de chacun).

2.9.4.5 Cuisines et buanderie

- Il faut prévoir des cuisines et des installations de buanderie de type résidentiel afin d'être en mesure d'évaluer les malades pour déterminer s'ils sont capables de vivre de façon autonome dans la collectivité. On devrait envisager la possibilité de raccords souples afin de pouvoir

varier la hauteur des appareils sanitaires et autres au cours des exercices d'évaluation auxquels sont soumis les malades en fauteuil roulant et les autres.

- Une buanderie de type résidentiel devrait être dotée d'éviers de service doubles et de surfaces d'écoulement.

- Les cuisines devraient être dotées d'éviers doubles en acier inoxydable, de canalisations d'eau chaude et d'eau froide, avec robinet d'arrêt sous l'évier, de même que de robinets d'alimentation à manette à levier long faciles à manipuler pour les malades en fauteuil roulant.

2.9.4.6 Aire du service alimentaire

Les appareils sanitaires destinés à faire du service alimentaire de l'unité devraient être choisis en fonction des systèmes de préparation et de distribution des aliments de l'hôpital dans son ensemble. Un certain nombre d'appareils et d'installations de base s'imposent toutefois:

- évier double en acier inoxydable (de type comptoir), avec alimentation en eau chaude et en eau froide;

- percolateurs et samovars (électriques);

- grille-pain et deux plaques chauffantes;

- réfrigérateur de 15 pieds cubes de type ménager.

2.9.4.7 Salle d'artisanat

Un évier simple en acier inoxydable, avec piège à sable s'impose dans les salles de traitement et d'artisanat. Cet évier devrait être alimenté en eau chaude et en eau froide, être doté d'un robinet avec bec et de leviers de commande longs.

2.9.4.8 Aires de traitement individuel

Les aires de traitement individuel devraient être dotées d'un évier double en acier inoxydable et d'avaloirs au sol pour vidanger les appareils servant à la préparation des enveloppements chauds et froids.

2.9.4.9 Salle de réanimation et gymnase

Un lavabo doit être installé dans la salle de réanimation et une fontaine d'eau potable accessible aux malades en fauteuil roulant doit être installée dans le gymnase.

2.10 PROTECTION CONTRE LES INCENDIES

Dans cette unité, le système de protection contre les incendies devrait satisfaire à toutes les exigences de sécurité précisées dans la dernière édition du Code national du bâtiment et dans tous les autres règlements provinciaux et locaux pertinents.

2.11 GAZ MÉDICAUX

- Les systèmes de gaz médicaux devraient être conçus et installés conformément à la version modifiée de 1984 de la norme Z305.1 de l'ACNOR.

- On devrait envisager la possibilité d'installer, dans les chambres des malades, une sortie d'oxygène par lit, pour utilisation en cas d'urgence seulement.

- D'autres systèmes, à vide ou à air comprimé par exemple, ne sont pas requis. Cependant, on devrait veiller à ce qu'une pompe à vide amovible soit gardée au poste infirmier, pour utilisation en cas d'urgence seulement.

3.1 PORTES ET FENÊTRES

- Les rebords de fenêtre ne devraient pas être à plus de 840 mm du sol, de façon que les malades puissent, en position assise, voir à l'extérieur.

- On devrait envisager la possibilité d'installer des portes coulissantes, s'il y a lieu.

- Les portes d'entrée devraient s'ouvrir automatiquement, être coulissantes de préférence, et on devrait aménager un petit palier là où la rampe se termine afin de faciliter l'accès au bâtiment aux personnes en fauteuil roulant, ou se déplaçant à l'aide de béquilles ou de cannes.

- Les portes coupe-feu devraient être électroniques (elles devraient donc être ouvertes en permanence, mais se fermer automatiquement en cas d'alarme).

- Les portes devraient être dotées de leviers, et non de poignées, fixés à 915 à 990 mm du sol.

- On devrait éviter d'installer des portes à fermeture par ressort de rappel ou veiller à ce que de 4 à 6 secondes s'écoulent avant que la porte ne se ferme.

- Les serrures devraient être suffisamment grosses pour que les malades dont la dextérité manuelle est amoindrie puissent les manipuler facilement.

- Les fenêtres à charnières latérales sont plus faciles à manipuler que les fenêtres à guillotine. Les dispositifs de commande devraient être fixés à une hauteur de 1370 mm.

- Les portes devraient avoir au moins 915 mm de large lorsque mesurées de l'intérieur, et ne comporter ni marches ni seuil.

- La pression requise pour ouvrir les portes ne devrait pas excéder 3,6 kg et il devrait être possible de les ouvrir d'un seul mouvement.

3.2 RAMPES

On devrait éviter les dénivellations dans une unité gériatrique. Lorsqu'il est nécessaire d'installer une rampe, celle-ci devrait être en pente douce, étant donné l'état d'un nombre de personnes âgées confinées à un fauteuil roulant.

La pente des rampes ne devrait pas excéder 1/12 (1/20 de préférence). Des mains courantes devraient être installées de part et d'autre des rampes et se prolonger sur 330 mm au-delà de ces dernières tant à la partie supérieure qu'à la partie inférieure.

3.3 PASSAGES ET CORRIDORS

Pour permettre le passage des fauteuils roulants, la largeur libre entre les mains courantes devrait être d'au moins 1470 mm. Elle devrait, à toutes fins utiles, être de 1830 mm.

Un corridor long et étroit peut constituer un obstacle majeur pour le malade affaibli, dont la mobilité est réduite. Plutôt que d'essayer de franchir pareille distance, les malades âgés ont tendance à rester confinés dans leur chambre où, dans l'ensemble, ils ne peuvent s'adonner qu'à des activités passives et solitaires. Bien que la majorité aimerait jouir d'une certaine mesure d'activités passives et solitaires on ne saurait se contenter d'offrir aux personnes âgées cette seule option en ne présentant pas de possibilités de socialiser avec d'autres.

Il faudrait prévoir, dans les longs corridors, des aires de repos en retrait où les personnes âgées peuvent s'asseoir pour se reposer et converser. On peut recourir à d'autres options pour éviter que les personnes âgées ne perçoivent les distances comme trop grandes. On peut, entre autres, installer une fenêtre ici et là le long des corridors et varier les couleurs et les textures des surfaces.

Il faudrait installer des mains courantes sur les deux murs le long des corridors afin d'aider les personnes âgées à garder leur équilibre et à se mouvoir plus facilement. Comme une interruption abrupte de ce support pourrait facilement déséquilibrer le malade, les mains courantes devraient comporter un retour vers le mur là où il y a des ouvertures le long du

corridor, ou un dispositif, installé à une distance raisonnable de la fin de la main courante, permettant de signaler au malade la proximité de l'extrémité de la main courante.

3.4 ESCALIERS

Les escaliers fréquemment empruntés par les personnes âgées devraient être constitués de volées en ligne droite, courtes, de 10 marches au plus. Les marches devraient présenter une surface plane, avec contremarche, mais sans nez de marche saillant. Les mains courantes devraient s'étendre sur au moins 610 mm au-delà de la première marche d'une volée d'escalier. Des escaliers d'exercice sont requis selon les besoins (à des fins de physiothérapie, par exemple ou à l'intérieur de l'unité).

3.5 MURS

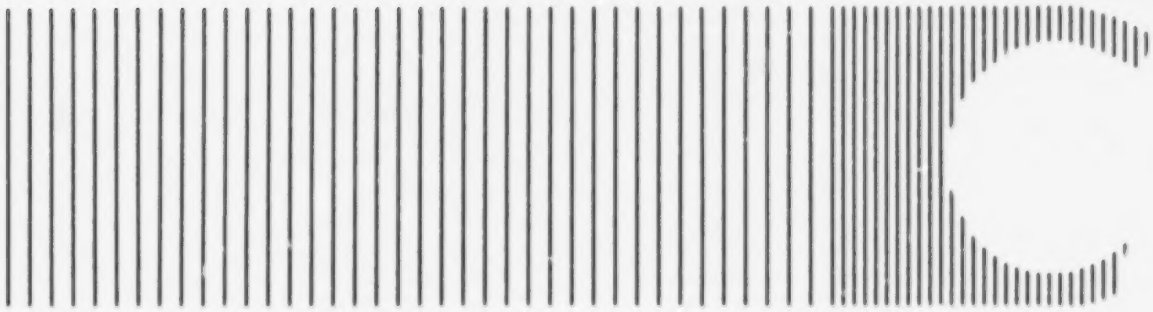
Des amortisseurs pour fauteuil roulant devraient être fixés aux murs étant donné que certains malades ont des problèmes de perception et une tendance à se heurter contre les murs.

3.6 TÉLÉPHONES ET FONTAINES D'EAU POTABLE

- Les fontaines d'eau potable et les téléphones devraient être accessibles aux personnes en fauteuils roulants. Le rebord des fontaines devrait se situer à 860 mm du sol avec un dégagement de 690 mm au dessous de la fontaine. Les téléphones devraient être des appareils à boutons, être dotés d'un amplificateur sur le récepteur et leurs cordons devraient mesurer au moins 915 mm de longueur; et

- Un siège devrait être prévu partout où un téléphone est installé afin d'éviter la fatigue aux malades qui utilisent ces appareils.

LE MALADE, CENTRE DES ACTIVITÉS



1.1 INTRODUCTION

L'admission à l'unité gériatrique donne lieu à une forme d'isolement qui a des effets physiques et psychologiques sur le malade: ses habitudes alimentaires et son sommeil sont perturbés, son environnement physique et social ne lui est plus familier et sa liberté de circuler à volonté est restreinte. Quant à son intimité, ce besoin si précieux, elle est presque inexistante à l'hôpital.

Il est important qu'à son arrivée à l'hôpital, le malade soit accueilli dans un milieu qui lui inspire confiance et espoir tout en assurant son confort.

L'efficacité fonctionnelle et opérationnelle du personnel, les couleurs, les textures, l'éclairage, etc. devraient accroître le sentiment d'être chez soi à l'hôpital et atténuer les inconvénients de l'établissement.

La chambre du malade est une pièce essentielle dans l'unité gériatrique; elle devrait être considérée comme une unité personnelle pendant tout le séjour du malade à l'hôpital. Sa chambre est souvent le seul endroit où il peut se retirer pour connaître un peu de solitude et d'intimité. Le design et l'agencement de cette pièce doivent donc favoriser les diverses activités personnelles et intimes du malade, lui permettre de jouir du sommeil dont il a besoin et de disposer et ranger ses effets personnels.

Souvent, le design des chambres de malades semble se fonder sur l'hypothèse que tous les malades sont alités; on n'y prévoit pas d'aire complémentaire où ces personnes peuvent se livrer à des activités passives et personnelles, comme lire ou écrire. Lorsqu'un malade partage une chambre avec d'autres, un certain espace personnel et intime devrait être prévu adjacent à l'aire occupée par son lit.

Les visiteurs, parents et amis, peuvent non seulement fournir au malade d'une unité gériatrique un appui important et bénéfique, mais également l'aider à garder un étroit contact avec l'extérieur. La chambre du malade devrait permettre des entretiens personnels avec les visiteurs. Si cela est impossible, il faudrait prévoir, à proximité des chambres, des aires distinctes et publiques où les malades pourraient recevoir leurs visiteurs. Souvent les malades partagent

leurs visiteurs avec le personnel et avec leurs amis. Recevoir des visiteurs prend souvent valeur de symbole de la situation personnelle du malade. C'est une façon pour lui de signifier à son entourage qu'il n'est pas abandonné.

1.2 LE SOMMEIL

La hauteur du lit doit être réglable de manière à permettre au malade de se mettre au lit ou d'en sortir facilement et seul. La tête du lit doit pouvoir se soulever afin que le malade puisse s'asseoir. Le réglage au plus bas doit être tel qu'une personne de petite taille puisse aisément sortir de son lit et qu'elle ne se blesse pas si elle devait tomber d'une haute distance. Il est important de noter qu'il n'existe pas présentement sur le marché de lits qui s'abaissent suffisamment bas.

Si l'on ne peut offrir aux malades des lits réglables, il faut se procurer des lits d'hôpital plus bas. Dans la plupart des cas, les barreaux latéraux ne sont pas nécessaires, à moins que la sécurité du malade ne l'exige. L'aménagement de la chambre doit permettre de changer la position du lit pour assurer au malade un plus grand confort. Chaque malade devrait disposer d'un meuble de rangement placé à côté de son lit. On devrait aussi prévoir une étagère où le malade pourrait placer des effets personnels; l'étagère devrait être munie d'un rebord pour empêcher les objets d'en tomber. Une source d'éclairage adaptée aux besoins du malade devrait être prévue auprès du lit[5].

1.3 LOISIRS

Comme la plupart des activités de loisir s'exercent en position assise, on doit mettre à la disposition de chaque malade un fauteuil confortable dont la hauteur est facilement réglable. Ce fauteuil doit avoir un dossier inclinable et rembourré comme le siège; il doit être stable et léger, et conçu de manière qu'on puisse s'y asseoir ou s'en lever facilement.

---

5 Pour obtenir de plus amples renseignements sur l'éclairage, le lecteur peut consulter l'ouvrage intitulé Lighting Handbook 1981 (ou l'édition la plus récente) on Lighting Applications publié par la Illuminating Engineering Society (I.E.S.)

Pour permettre la lecture, ce fauteuil doit bénéficier d'un éclairage naturel et artificiel suffisant. Lorsque le malade reçoit des visiteurs dans sa chambre, des chaises supplémentaires devraient être disponibles pour favoriser la conversation en étant confortablement assis. Au moins deux chaises par lit en plus du fauteuil du malade, sont nécessaires. On pourrait trouver ces chaises supplémentaires dans la chambre ou dans un espace adjacent.

Les fenêtres des chambres de malade devraient donner sur un paysage agréable ou animé. Elles devraient être assez basses pour que le malade assis dans un fauteuil ou un fauteuil roulant puisse voir à l'extérieur.

On peut favoriser le contact des malades avec la réalité en mettant à leur disposition des tableaux d'affichage où il pourront disposer calendriers, gravures ou autres souvenirs; également, un comptoir ou un placard où ils pourront disposer et ranger leurs effets personnels.

1.4 LES REPAS AU LIT

Le malade âgé qui prend ses repas au lit n'a pas l'occasion de sortir de sa chambre et de causer avec d'autres malades. Cependant, les sujets dont la mobilité est limitée devraient disposer d'une table de malade mobile pourvue d'un mécanisme de verrouillage des roues. Il n'est pas nécessaire que cette table soit laissée ou rangée en permanence dans la chambre.

Dans certains cas, les tables de malades mobiles servent aussi de minicoiffeuses. Dans tels cas elles contiendraient un espace approprié au rangement des articles nécessaires à la coiffure et aux soins du visage et une surface de travail pour d'autres activités telles: jouer aux cartes, écrire, et poser une tasse de café. Elles devraient permettre un réglage à la hauteur des chaises, surtout pour les malades en fauteuil roulant à qui ces tables servent de tables de toilette.

Dans les chambres qui contiennent plus d'un lit, des rideaux devraient séparer les lits pour soustraire le malade de la vue des personnes qui visitent les autres malades de la même chambre, et également pour l'isoler lorsqu'il le désire.

Une étude récente sur le sujet cite que même une division invisible de la chambre au moyen d'un ruban collé sur le plancher a amélioré le comportement social des occupants d'une même chambre.

1.5 L'APPARENCE PERSONNELLE

L'apparence personnelle contribue également beaucoup à améliorer l'image que la personne âgée a d'elle-même. On peut aider les malades à soigner leur apparence en leur fournissant un comptoir où ils peuvent placer les produits qu'ils utilisent lorsqu'ils font leur toilette, des miroirs à pleine hauteur dans la chambre et, comme on l'a mentionné, une table de toilette spécialement conçue à l'intention des malades en fauteuil roulant.

Dans une chambre à plusieurs lits, chaque malade doit pouvoir posséder en exclusivité une étagère ou une commode où ranger ses produits de toilette personnels. C'est habituellement la table de toilette ou une commode placée à côté du lit qui remplit cette fonction.

Il faut également prévoir, de préférence dans la salle de bains, un endroit où déposer le linge sale. L'aménagement et l'agencement de l'espace doivent permettre la libre circulation dans les chambres et l'utilisation de déambulateurs à divers endroits dans la chambre.

2.1 ORIENTATION

2.1.1 Changements sensoriels et moteurs qui nuisent à l'orientation chez les personnes âgées

On juge la qualité du design d'une installation par la facilité avec laquelle les personnes peuvent s'y orienter tant à l'intérieur qu'à l'extérieur. Des renseignements équivoques et mal affichés sont une source inutile de stress et de frustration pour les usagers à qui l'établissement n'est pas familier.

Une bonne orientation tient essentiellement à la simplicité et à la clarté de l'information donnée: celle-ci doit être claire, sans détails superflus et elle doit tenir compte de la diminution des capacités sensorielles et motrices qui caractérise les personnes âgées.

Les changements sensoriels et moteurs qui accompagnent le vieillissement et dont il faut tenir compte pour faciliter l'orientation sont les suivants:

- réduction de la vision à distance;*
- augmentation de la sensibilité à l'éblouissement;*
- réduction de la vision périphérique;*
- diminution de la capacité d'adaptation aux changements d'intensité lumineuse;*
- réduction de la capacité de distinguer les caractères fins et gravés;*
- diminution de l'aptitude à distinguer certaines couleurs et certains signaux;
- diminution de la rapidité à prendre des décisions;
- réduction de l'aptitude à se rappeler rapidement certains renseignements et à laisser tomber les détails non pertinents.

* Ces changements sont mentionnés à l'article 1.2 (i) page 2.

Un système de signalisation bien conçu aide et incite les malades à circuler de leur propre gré puisque:

- les malades qui circulent peuvent se déplacer dans l'unité sûrs de pouvoir retrouver le chemin de retour à leur chambre; et

- les malades peuvent de façon autonome, à leur gré et à leur propre rythme se rendre aux aires prévues pour les regroupements ou les activités sociales, sans devoir appeler des membres du personnel, leur imposer cette tâche et attendre qu'il aient le temps de les y conduire.

Par contre, une unité où la signalisation laisse à désirer engendre de la confusion chez les malades et pour eux, perdre le sens de l'orientation, c'est voir s'amplifier leur sentiment d'incompétence et être incités à demeurer en sécurité dans leur chambre.

2.1.2 Considérations relatives à l'orientation

À cet égard, de nombreux facteurs qui souvent semblent peu importants pour les responsables de la planification des établissements gériatriques ont une incidence importante sur les usagers. Par exemple, outre l'importance visuelle accordée à la signalisation, l'architecte peut utiliser le son, le toucher et même les odeurs pour aider les malades à se retrouver dans un immeuble; il peut également se servir de points de repère comme des plantes et des objets pour aider les malades à s'orienter.

Les panneaux indicateurs devraient être lisibles pour ceux qui ont des déficiences visuelles, et placés à un niveau qui se situe entre la hauteur d'une personne en fauteuil roulant et celle d'une personne debout, c'est-à-dire de 910 à 1320 mm. Ces panneaux ne devraient pas se limiter à des lettres; ils pourraient revêtir la forme de symboles, de dessins, de marques de couleur sur le plancher, etc. Les caractères utilisés pour l'écriture sur les affiches devraient être de grande dimension (des lettres de 40 mm au minimum), de caractère typographique helvetica de préférence.

On devrait utiliser pour les affiches, des contrastes marqués entre les couleurs des symboles et celles du fond de

l'affiche; de préférence des caractères blancs sur fond noir ou foncé. Si possible, se servir de dessins ou de signes et de symboles familiers. Des couleurs ou des textures brillantes non éblouissantes et, des caractères gras pourraient être utilisés pour indiquer où sont les entrées, les sorties, les points de rencontre des corridors, les marches, les accès aux ascenseurs, les rampes et les autres dénivellations du sol ou des surfaces de revêtement.

Les affiches doivent être placées à des endroits qui n'obligent pas le malade à prendre une décision rapide, c'est-à-dire qu'il faut afficher les signaux et les renseignements importants à des endroits qui lui permettent de prendre tout son temps pour les étudier. Les renseignements contradictoires qui peuvent être source de confusion pour les malades sont à éviter et il est conseillé de répéter l'information, en particulier les affiches indiquant les directions qu'une personne âgée peut oublier pendant qu'elle se déplace d'un endroit à un autre.

De gros chiffres devraient être placés à chaque étage devant l'ascenseur, bien visibles de l'intérieur lorsque les portes s'ouvrent. Il arrive souvent que des personnes qui utilisent l'ascenseur ne puissent voir les petits chiffres qui indiquent l'étage sur le panneau indicateur de l'ascenseur. On recommande de placer les panneaux indicateurs des étages à gauche du bouton de commande et d'utiliser des chiffres arabes, en relief, d'une dimension pouvant être perçue au toucher par le bout des doigts (de 13 à 18 mm). À chaque étage, les encadrements des portes d'ascenseur devraient porter, de chaque côté, à une hauteur de 1250 mm du sol, des chiffres arabes en relief et des symboles en braille. Les chiffres et les noms devraient être écrits en gros sur les murs à côté des portes de chambre des malades et non sur les portes, celles-ci étant souvent ouvertes. (L'Institut national canadien pour les aveugles recommande de les placer à 12 cm de la porte, du côté du loquet, et à 1250 mm du sol).

Indications

Il faudrait indiquer à quelle distance se trouvent les entrées et les escaliers.

On peut se servir d'indications tactiles telles que des mains courantes de formes particulières et des revêtements muraux de différentes textures selon les endroits.

On peut employer différentes couleurs dans les différentes chambres de malade et autres aires ainsi que sur l'extérieur des portes pour les aider à distinguer les aires et pour développer chez eux un sens d'orientation.

Il est recommandé d'utiliser des points de repère et des objets de couleurs contrastantes. L'orangé, le jaune et le vert pâle sont les couleurs les plus voyantes.

Employer des signaux multidimensionnels en combinant les indications visuelles, auditives et peut-être tactiles.

L'orientation ne dépend pas seulement des signaux ou des indications de direction; on pourrait aider le malade à se situer dans le temps en utilisant, par exemple, des tableaux d'affichage, des horloges, des calendriers et l'annonce d'événements. En règle générale, les indications visuelles et en couleurs (codes de couleur, motifs de couleur) aident les personnes âgées à mieux reconnaître les espaces. Les symboles sous forme de dessins devraient être employés avec d'autres techniques de signalisation et d'autres indications afin de réaliser le principal objectif qui est de procurer aux malades l'autonomie dont ils ont besoin lorsqu'ils se déplacent aux environs et à l'intérieur de l'unité et dont ils auront besoin plus tard lorsqu'ils retourneront chez eux.

2.2 CONFORT ET SÉCURITÉ

Tous les principes de bonne planification où la sécurité personnelle a sa place, s'appliquent aussi à l'aménagement d'une unité gériatrique. Dans ce cas, il faut surtout tenir compte des problèmes de mobilité, d'agilité et d'équilibre qui surgissent au cours du vieillissement, comme des transformations physiques qui l'accompagnent. Aussi, les dispositifs de sécurité intégrés à l'architecture de l'unité doivent-ils non seulement protéger les personnes âgées contre les risques de blessures accidentelles, mais également leur procurer le sentiment qu'elles peuvent circuler sans danger, malgré leurs difficultés d'orientation et leurs problèmes d'équilibre et de mobilité. Répétons-le, une planification sûre permet d'avoir confiance en sa capacité d'évoluer dans le milieu.

Pour garantir la sécurité personnelle du malade, on doit aussi tenir compte des nombreuses transformations physiques liées au vieillissement, au moment de planifier les moyens pratiques visant à faciliter l'orientation des personnes âgées. Par exemple, leur sensibilité accrue aux reflets éblouissants engendre chez eux un inconfort visuel et des problèmes de perception qui pourraient être des sources d'accidents. Il faut donc éviter les surfaces très polies ou très brillantes ou encore, celles dont les reflets sont éblouissants.

La sécurité dont il faut tenir compte en planifiant les unités gériatriques comporte de nombreux facteurs: des accès exempts d'obstacles, des revêtements de sol sans danger, des systèmes d'alarme et de protection contre les incendies, etc. On peut trouver une étude plus approfondie de la question dans la partie complémentaire portant sur les établissements de soins prolongés pour adultes, intitulée "Services de soins à long terme[6]". La partie qui suit doit être considérée comme un aperçu général de la planification sous l'angle de la sécurité.

2.2.1 Accès exempts d'obstacles

Même si la plupart des malades des unités gériatriques sont amenés à l'hôpital en voiture, il peut arriver que leurs visiteurs soient eux-mêmes des personnes âgées utilisant les transports en commun pour se déplacer.

Les sentiers qui relient les entrées des établissements aux arrêts des véhicules publics les plus rapprochés devraient être libres d'obstacles.

Une attention spéciale doit être accordée aux bordures de trottoir, aux arrêts et aux rampes d'accès[7]. Les personnes

---

6 Pour recevoir un exemplaire de cette publication, s'adresser à: Services en établissement et services professionnels; gestionnaire de projet; Santé et Bien-être social Canada, Immeuble Jeanne-Mance, Ottawa.

7 Pour obtenir de plus amples renseignements, consulter la brochure Logement pour personnes âgées, publiée par la Société canadienne d'hypothèques et de logement.

ayant des déficiences visuelles devraient les distinguer facilement: revêtir la rampe ou la pente d'un matériau de texture spéciale peut aider les personnes âgées à l'identifier. Le degré d'inclinaison doit être tel que les personnes qui se déplacent seules en fauteuil roulant puissent y manoeuvrer de façon autonome. Les dépressions dans les trottoirs devraient être situées au même endroit à chaque coin.

Une signalisation adéquate et claire devrait aider les malades qui arrivent à l'hôpital à atteindre la salle d'entrée principale. À l'entrée principale de l'hôpital, les portes intégrées aux murs-rideaux en verre doivent être clairement indiquées et les grandes vitres fixes encadrant ces portes doivent porter des bandes apparentes ou rayures. Ces portes doivent être assez légères pour qu'une personne faible n'ait pas de difficulté à les ouvrir. Elles peuvent aussi s'ouvrir automatiquement et être chronométrées pour se refermer lentement. Les halls d'entrée devraient être conçus de façon à permettre aux personnes âgées de s'adapter graduellement à l'obscurité.

Pour aider les personnes âgées à circuler sans danger à l'intérieur, on devrait éliminer les obstacles et utiliser des indications tactiles et d'autres dispositifs intégrés au bâtiment.

L'Institut national canadien pour les aveugles (INCA)[8] recommande par exemple, de changer la texture du revêtement de sol sur une longueur de 2740 mm, avant un changement de niveau ou un escalier. Les portes d'ascenseur devraient s'ouvrir et se fermer lentement de manière à donner aux personnes qui se déplacent en fauteuil roulant le temps de passer.

Il faudrait éviter les marches et les dénivellations et installer le long des murs, des rampes et des escaliers, des mains courantes faciles à agripper, rondes de préférence. Les escaliers, les mains courantes, etc. devraient être bien éclairés.

---

8 Aussi connu sous le sigle INCA.

Les murs des corridors et des passages devraient être exempts de saillies et d'objets libres. Il est recommandé de prévoir des niches dans les murs pour y ranger les chariots à médicaments et les appareils utilisés fréquemment afin de libérer les corridors. Il faut aussi enlever les objets dangereux des voies de circulation et éviter qu'ils fassent saillie dans ces espaces à moins de 2030 mm du sol.

Il faudrait utiliser des signaux d'avertissement tactiles lorsqu'il est impossible d'éliminer un danger ou là où il peut se trouver un objet inattendu. a) Les indications peuvent revêtir la forme de saillies, de rainures sur le sol, ou d'une surface de texture différente. b) Elles doivent être placées à 2740 mm du danger ou de l'objet inattendu.

2.2.2 Revêtements de sol

Certaines aires peuvent être recouvertes de tapis, mais les tapis risquent de causer des problèmes aux personnes qui circulent en fauteuil roulant et aux déficients visuels, ces derniers s'orientant d'après les sons provenant du sol. On recommande d'utiliser partout dans l'hôpital des revêtements de sol non réfléchissants, antidérapants et qui absorbent le bruit au maximum.

Les gros motifs de couleur et les rayures larges sur le sol devraient être évités étant donné qu'ils peuvent être perçus comme des trous. Des changements de couleur sur le sol peuvent engendrer des problèmes de perception pour les malades victimes d'attaques (d'apoplexie), bien que ces variations de couleurs puissent être utiles à ceux dont la vision est restreinte. Il faut tenir compte de ce genre de problème lorsqu'on choisit les revêtements (nature, couleurs et motifs) du plancher des unités gériatriques.

2.2.3 Reflets éblouissants

Non seulement les personnes âgées ont-elles davantage besoin de lumière pour voir clairement les détails, elles sont également plus sensibles à l'éblouissement généré par les sources de lumière et aux reflets éblouissants des sols, des murs et des aires vitrées. Ces sources d'éblouissement engendrent chez elles un inconfort croissant, et constituent aussi une menace à leur sécurité. Certaines des sources courantes

d'éblouissement sont les fenêtres horizontales élevées, les surfaces enduites de peinture brillante et les longs corridors dont les extrémités seulement sont éclairées.

Les yeux des personnes âgées prennent plus de temps à s'adapter aux changements d'intensité d'éclairage. Cette lenteur se manifeste surtout lorsque le malade passe d'une aire obscure à une aire très éclairée ou vice versa. De tels contrastes, et même des contrastes moins marqués, sont à éviter pour des raisons de sécurité.

On peut réduire efficacement les reflets éblouissants des fenêtres au moyen de stores vénitiens ou de rideaux, de pare-soleil ou d'auvents qui n'obstruent pas la vue, ou encore de stores placés entre deux vitres. Les stores vénitiens ont l'avantage supplémentaire d'être relativement faciles à nettoyer et peu coûteux à installer. Dans les corridors, on peut atténuer les reflets par un éclairage indirect et des surfaces non réfléchissantes.

L'orientation, la dimension et la forme des fenêtres peuvent également contribuer à réduire la quantité des reflets dans toutes les aires réservées aux malades. Comme les propriétés réfléchissantes des surfaces de la chambre influent sur la diffusion de la lumière, il faut choisir avec un soin particulier les revêtements des planchers et des murs (couleurs et textures).

2.2.4 Alarmes de sécurité

Les malades confus sont parfois enclins à aller se promener seuls, sans autorisation, à l'extérieur de l'établissement. On peut surveiller les portes au moyen d'un système d'alarme spécial consistant en interrupteurs électroniques, qu'on peut brancher au système d'appel des infirmières ou à un tableau distinct d'alarme et d'avertissement situé soit au poste infirmier, soit dans la pièce du standard téléphonique.

Ce dispositif servira à alerter le personnel affecté à la surveillance lorsqu'une porte s'ouvre vers l'extérieur sans permission préalable et le tableau avertisseur indiquera de quelle porte il s'agit. À certaines périodes de la journée, on pourrait actionner ou fermer les interrupteurs de porte à partir d'un interrupteur général commandé manuellement ou automatiquement.

2.2.5 Alarme-incendie

Le feu et la fumée sont plus dangereux pour les malades des unités gériatriques que pour ceux des autres aires des hôpitaux à cause de la possibilité d'une lenteur à réagir physiquement et mentalement dans les situations d'urgence. Il est donc très important que ces unités soient pourvues d'un système d'alarme et de détection d'incendie sûr et efficace pour que les malades soient rapidement prévenus dès le début d'un incendie et qu'ainsi, les personnes qui ne peuvent, sans aide, fuir le lieu de danger aient une chance réelle de survie.

On recommande donc l'installation d'un système électronique de détection d'incendie et d'alarme non codé. Ce système comprendrait des détecteurs de fumée par ionisation, des postes d'alarme manuelle d'incendie, des détecteurs thermovélocimétriques et aérothermiques, des carillons sonores ainsi qu'un tableau de commande de l'alarme-incendie et d'avertissement. Le panneau de commande et d'avertissement qui indique l'aire où l'on a mis en marche le détecteur ou l'alarme, doit être installé au poste infirmier et dans la pièce du standard téléphonique. Le système doit être conforme aux exigences de l'article 32, partie 1, du Code canadien de l'électricité et à la norme C22.1-1975 de l'ACNOR.

Les postes manuels d'alarme-incendie doivent être installés près de toutes les sorties de l'unité gériatrique. Des détecteurs de fumée par ionisation doivent être placés dans les chambres des malades, les corridors, les aires de physiothérapie et d'ergothérapie, la chapelle, les aires de récréation et les salles à manger. Partout ailleurs, notamment dans les locaux administratifs, les aires de service, les placards du concierge, les locaux des coiffeurs et des esthéticiennes, la cuisine, il doit y avoir soit des détecteurs thermovélocimétriques et aérothermiques, soit des extincteurs automatiques. Les appareils sonores servant à donner l'alarme dans l'unité gériatrique doivent être des carillons qui émettent un son assez fort pour avertir tous les membres du personnel, où qu'ils se trouvent.

Si l'on utilise des extincteurs automatiques dans certaines des aires mentionnées ci-dessus, ceux-ci doivent être branchés au panneau de contrôle d'alarme-incendie au moyen d'un

interrupteur de débit ou d'un manostat afin que si une tête d'extincteur déverse de l'eau, le système d'alarme soit déclenché.

Le système d'alarme de l'unité gériatrique doit être intégré au système principal de détection d'incendie et d'alarme.

2.2.6 Fonte de la neige au moyen de câbles chauffants

Dans les régions où l'on enregistre souvent des températures inférieures au point de congélation et des chutes de neige abondantes, il peut être bien avisé de tenir libres de glace et de neige les rampes, les trottoirs et les escaliers conduisant aux diverses sorties et aux diverses entrées de l'unité gériatrique.

On peut le faire en installant des câbles électriques chauffants dans le pavage pendant la construction. Le système doit être conçu de manière à fonctionner par intermittence, c'est-à-dire seulement lorsqu'il est nécessaire de le faire après une chute de neige ou si une couche de glace s'est formée sur les surfaces où circulent les malades. Des aires piétonnières propres et sèches, l'hiver, procurent un fort sentiment de sécurité aux personnes âgées qui sont souvent handicapées physiquement et incapables de circuler sur des trottoirs ou dans des escaliers glissants ou enneigés; elles incitent en outre les malades à bénéficier des aires extérieures qui entourent leur établissement.

2.2.7 Autres considérations relatives à la sécurité

- Les malades se déplaceront plus facilement et se sentiront plus en sécurité si les dispositifs servant à ouvrir les portes peuvent être maniés sans effort et sans mouvements de rotation des poignets.

- Les interrupteurs et les boutons de commande doivent être à la portée des malades en fauteuil roulant et leur emplacement doit être indiqué clairement de manière à se détacher de l'arrière-plan. Le fonctionnement du bouton de commande doit être facile à comprendre. Il faut placer des interrupteurs à bascule au niveau des malades en fauteuil roulant.

- Il faut éviter les agencements de couleurs monochromes. Employer plutôt des couleurs contrastantes sur les portes, les cadres de porte, les loquets, les poignées, les interrupteurs, les accessoires de salles de bains, etc. Le malade doit pouvoir distinguer facilement ces éléments particuliers, de la surface dont ils émergent.

- Pour ce qui est des marches d'escaliers, il est prudent d'indiquer la hauteur des contre-marches (la partie verticale d'une marche) par une couleur contrastante afin d'aider les malades aux prises avec des problèmes visuels. Étant donné la difficulté qu'éprouvent beaucoup de personnes âgées à distinguer les couleurs, il est recommandé de coller des bandes jaunes sur les contre-marches des escaliers.

- Les vêtements, la literie et les couvertures ainsi que les tentures fournies aux malades âgés doivent être fabriqués à l'aide de matériel ignifuge (résistant au feu) afin d'accroître leur sécurité.

- Des lumières fixées tout le long des mains courantes de l'escalier, par dessous, aideraient à éviter au malade des chutes accidentelles en faisant ressortir les détails des marches, donc une indication claire de l'agencement de la surface horizontale et verticale de chaque marche.

3.1 ACTIVITÉS SOCIALES

3.1.1 Introduction

Lorsqu'on planifie l'aménagement des aires des établissements de soins prolongés où a lieu une partie importante des activités sociales, il faut analyser l'interaction du malade avec son milieu.

Le malade qui entre dans un établissement de soins prolongés doit s'adapter à plusieurs changements. Premièrement, il quitte un petit groupe intime d'amis et de connaissances pour passer dans un groupe formé de nombreuses personnes relativement étrangères. Un tel changement peut être perturbant à tout âge, mais il l'est particulièrement pour la personne âgée dont la détérioration des capacités physiques ou mentales est souvent la cause de son changement de résidence. Deuxièmement, le malade quitte un espace connu et bien défini pour vivre dans des espaces communs qu'il doit partager avec les membres du personnel, les autres malades et les visiteurs. Troisièmement, il doit troquer un petit territoire bien délimité contre un vaste territoire aux espaces inconnus dans lequel il doit s'orienter et qui peut être une source de confusion pour lui dont la vue, l'ouïe, la démarche et l'acuité intellectuelle s'affaiblissent. Enfin, le malade quitte une situation où il est perçu comme un individu à part entière pour s'intégrer à un milieu où, pour de nombreuses activités, il est défini comme partie d'un groupe.

Il est essentiel de tenir compte des observations qui précèdent au moment de planifier les milieux qui constitueront le cadre des activités sociales.

Les activités sociales qui obligent le malade à entretenir des rapports avec d'autres personnes se répartissent en six catégories:

a) repas en commun;

b) entretiens personnels (visites des parents, conversations personnelles);

c) activités de groupe à caractère silencieux (séjour dans les salons, lecture, etc.);

d) activités de groupe à caractère bruyant (chant, télévision, musique);

e) loisirs (bridge, billard, etc.);

f) activités de plein air (culture et entretien des plantes, marche, etc.).

L'intégration des activités ci-haut mentionnées dans l'unité gériatrique constituent un facteur important de la réadaptation et de l'autonomie des malades. Toutefois, s'il faut faire des compromis en raison de manque d'espace, les éléments e) et f) ne sont pas toujours considérés comme obligatoires dans l'unité gériatrique, puisque les malades ne sont pas censés être là pour y rester: ils sont là pour y être traités, en attendant d'être admis dans un autre établissement résidentiel ou de retourner à la maison.

Les éléments c) et d) ne sont pas forcément accessibles uniquement aux malades des unités gériatriques. Ils peuvent être accessibles aux malades d'autres salles du même étage, mais l'obligation d'aller dans une autre aire que la sienne pour participer à ces activités incite habituellement le malade à s'abstenir de le faire.

Les éléments a) et b) sont cependant obligatoires dans l'unité gériatrique d'un hôpital.

3.1.2 Repas en commun

3.1.2.1 Généralités

Les salles à manger centrales où les malades des diverses salles peuvent prendre leurs repas en commun ne sont pas la règle générale dans la plupart des hôpitaux de soins aigus. D'ordinaire, les aires du genre cafétéria sont surtout destinées aux membres du personnel et aux visiteurs alors que les malades prennent leurs repas dans leur chambre. Les repas sont pour le malade de l'unité gériatrique, une occasion importante de normaliser une activité qui autrement devient un geste routinier à caractère étranger et institutionnel. Il faut donc prévoir une salle à manger dans l'unité même ou attenante à celle-ci. La possibilité de partager des repas avec les membres de sa famille ou avec d'autres

malades doit donc être considérée comme une occasion d'activité sociale bénéfique pour le malade. La liberté de choisir de manger seul ou en compagnie de quelqu'un doit toutefois lui être laissée.

Il est également important de prévoir une fenêtre ou une ouverture donnant sur les salles où se déroulent des activités sociales pour deux raisons:

a) orienter les malades vers les activités qui ont lieu à l'intérieur;

b) leur permettre de décider s'ils se joindront ou non au groupe de personnes qui utilisent le local à ce moment-là.

Les malades devraient être libres de choisir le siège qu'ils préfèrent dans la salle à manger; et il n'est pas rare de voir des malades choisir une place et la conserver durant tout leur séjour, ce qui permet aux membres du personnel de voir à ce qu'ils suivent leurs régimes spéciaux et d'exercer une surveillance sur leur alimentation. Il faudrait cependant prévoir des chaises supplémentaires pour les parents qui partagent des repas avec le malade ou qui lui tiennent compagnie pendant qu'il mange. Il faut considérer les repas comme l'une des activités quotidiennes personnelles et agréables à plus forte raison pour les malades qui sont seuls.

3.1.2.2 Emplacement

Afin d'inciter les malades à prendre leurs repas dans la salle à manger, celle-ci doit être située très près des chambres afin de réduire la distance à parcourir. Les malades tirent plus de fierté de leur apparence personnelle lorsqu'ils doivent se mêler aux autres. Dans les grands établissements, la salle à manger devrait être subdivisée en aires plus restreintes d'au plus 50 places afin de créer un agencement plus favorable aux rapports sociaux, ces aires pouvant être de nouveau subdivisées au moyen d'écrans ou de panneaux ou de jardinières. Les agencements pour des groupes plus restreints favorisent une certaine intimité aux malades qui ont de la difficulté à manger ou qui ont besoin d'aide pour le faire.

Le regroupement des tables et des chaises devrait être souple afin de permettre divers agencements des places. Il faut laisser entre les tables suffisamment d'espace pour que les malades en fauteuil roulant ne soient pas confinés dans un seul secteur. Si possible, orienter les salles à manger pour qu'elles bénéficient de la lumière du jour. Même s'il faudra ajouter de l'éclairage les jours sombres et pour les repas du soir, la lumière du jour accroît le sentiment de la réalité chez les malades, qui retrouvent un peu de l'atmosphère ordinaire de leur foyer. Lorsque les salles à manger sont situées près des fenêtres, il faut installer des tentures translucides pour réduire les reflets éblouissants au besoin. Il faut aussi se rappeler que le soleil réchauffe considérablement une pièce. Les jours ensoleillés, la chaleur peut incommoder les malades dans une salle à manger où les fenêtres sont grandes et non protégées. Une bonne orientation ou un vitrage protecteur spécial ainsi qu'une végétation extérieure résoudraient le problème tout en ayant un effet plus salubre; en outre, l'installation d'un toit en saillie réduira l'accès direct des rayons du soleil et éliminera la nécessité d'utiliser des tentures. La chaleur dégagée par la cuisson peut également causer un problème lorsque les cuisines sont placées à côté des salles à manger.

Si la lumière du jour est préférable dans les salles à manger, l'emplacement de ces aires ne doit pas être planifié au détriment des aires de repos qui doivent davantage permettre la vue sur l'extérieur, puisque les malades passeront beaucoup plus de temps dans ces locaux que dans les salles à manger.

3.1.2.3 Services

L'horaire des repas devrait autant que possible être souple et les malades devraient avoir le choix du menu. La possibilité pour le malade de décider quand et quoi manger l'aidera à conserver son identité personnelle. Dans de nombreux établissements, dès qu'un repas est terminé, on nettoie les tables et on dresse le couvert pour le repas suivant. Si, en raison d'un manque d'espace, la salle à manger doit servir à d'autres activités entre les repas, sa principale fonction qui est d'être une aire de repas, devrait être préservée. En règle générale, il faut remettre en question toute règle ou toute politique visant à satisfaire les exigences du personnel.

3.1.2.4 Mobilier

L'aménagement des salles à manger doit comprendre des plantes vertes, certains arrangements paysagers intérieurs, des éléments fonctionnels et esthétiques, des meubles confortables et stables, des sols bien nivelés pour éviter la vibration des tables, des tables qui permettent l'accès des fauteuils roulants, qui laissent l'espace voulu, et sans protubérance pour les jambes, un agencement des sièges qui permette de manger en tout confort. Les serveurs devraient pouvoir circuler facilement entre les tables et il faudrait éliminer les obstacles qui risqueraient de leur faire répandre des aliments sur les malades. Il faut éviter d'utiliser de longues tables contre lesquelles s'alignent deux rangées de sièges, car elles sont vraiment typiques des établissements et ne favorisent pas l'identification au groupe et l'établissement de relations sociales.

Les tables doivent être stables et munies d'un rebord au cas où des aliments seraient renversés. Les chaises doivent être confortables, fournir un bon soutien, et ne pas basculer facilement. Les dossiers et les sièges devraient être rembourrés et des sièges à pattes télescopiques devraient être prévus pour les malades qui en ont besoin. Il faut également prévoir des chaises non inclinables. Toutes les pièces de mobilier doivent être lavables au cas où des substances seraient renversées. Il faut choisir des couleurs reposantes pour la vue et qui ressemblent si possible aux couleurs utilisées pour les meubles domestiques. Il faut éviter les tissus à motifs ou à rayures parce qu'ils peuvent être source de confusion pour les malades dont la vision est restreinte. Afin d'aider ceux qui ont des déficiences visuelles, on recommande des couleurs contrastantes pour les revêtements des chaises et du sol. Le même principe s'applique à la couleur de la vaisselle qui doit contraster avec les nappes ou les napperons. Des études ont démontré que l'utilisation de nappes et de serviettes de table a entraîné un changement du comportement des usagers.

3.1.2.5 Parquets

Le parquet de la salle à manger devrait être lavable, antidérapant et antiéblouissant. Éviter les surfaces à motifs qui peuvent être une source de confusion pour les résidents aux prises avec des problèmes visuels. Compte tenu de ces

restrictions, les revêtements de sol ne devraient pas trop ressembler à ceux des établissements de santé, les résidents n'ayant pas à se faire constamment rappeler qu'ils peuvent de temps à autre répandre des aliments sur le sol.

3.1.2.6 Systèmes de communication

Si possible, éviter d'utiliser le système de communication, surtout durant les repas. Le fait d'avoir à subir constamment des interruptions de conversations tout en essayant d'écouter des messages et des annonces est souvent cause de distraction et de désorientation pour les résidents. Éviter également de faire jouer de la musique de fond dans les systèmes de communication durant les repas puisque ces derniers sont pour les résidents une occasion de converser ensemble et il leur est difficile de le faire au son de la musique, surtout s'ils ont des problèmes auditifs. En règle générale, il ne devrait pas y avoir de musique de fond dans ces salles. Ceux qui aiment la musique pourraient en écouter dans leur chambre ou en faire comme activité. Le bruit provenant de la cuisine peut aussi déranger; il faut donc que les murs et les plafonds des aires affectées aux activités à caractère social soient recouverts de matériaux insonores, absorbants au bruit.

3.1.2.7 Décoration intérieure

Éviter d'employer du papier peint à motifs voyants pouvant être source de confusion chez ceux qui ont la vue faible, et au risque aussi de ne pas plaire à tout le monde. Une horloge accrochée au mur de la salle à manger constitue un bon dispositif d'orientation. Les tableaux devraient être reposants pour la vue et tenir compte des origines ethnoculturelles des résidents. Les membres du personnel peuvent aimer les grandes murales et les grands tableaux modernes mais ceux-ci risquent de déplaire aux résidents plus âgés et d'avoir un effet négatif sur l'appétit des malades. On devrait éviter les nappes de plastique car non seulement celles-ci causent-elles des problèmes à cause de leurs reflets éblouissants, mais elles peuvent aussi donner aux résidents l'impression d'être ramenés au niveau des enfants. Si des fleurs artificielles décorent les tables, on devrait les remplacer avant qu'elles deviennent poussiéreuses ou décolorées.

3.1.2.8 Éclairage

L'éclairage direct est important pour les résidents qui doivent pouvoir discerner ce qu'ils mangent. Il doit être conçu de manière à éviter les ombres, et tamisé de façon à réduire les effets éblouissants. Un rhéostat de lumière peut être utile si la pièce doit servir à d'autres usages[9]. Il est recommandé d'employer un éclairage chaud, et d'éviter les sources froides, fluorescentes ou à vapeur de sodium à haute pression.

3.1.2.9 Ventilation et plomberie

Dans les unités gériatriques des hôpitaux, ce sont des cuisines centrales qui s'occupent habituellement de préparer les repas pour les résidents de toutes les unités réservées aux malades. Dans ces cas-là, on peut employer un système de distribution des repas ou aménager une minicuisine satellite dans chaque unité. Toutefois, lorsque la majorité des salles est affectée à des soins gériatriques et que la cuisine se trouve placée à côté des unités, la ventilation doit être suffisante afin que les odeurs des aliments ne se répandent pas dans le reste de l'établissement au moment de la préparation des repas.

La ventilation et la climatisation devraient être assurées à raison de 4 renouvellements d'air par heure. Il faudrait prévoir un aspirateur spécial à commande manuelle si l'on utilise une plaque chauffante.

On devrait envisager la possibilité d'utiliser des raccords souples afin de pouvoir varier la hauteur des appareils sanitaires et autres au cours des exercices d'évaluation auxquels sont soumis les malades en fauteuil roulant ainsi que les autres malades.

Les cuisinettes devraient être pourvues d'un double évier en acier inoxydable.

---

9 On peut obtenir de plus amples renseignements en consultant la partie qui porte sur l'éclairage, pages 15-16-17.

La conduite d'alimentation en eau chaude et froide ainsi que le mélangeur thermostatique devraient être équipés de soupapes d'arrêt placées sous l'évier.

Tous les robinets devraient être munis de poignées à levier ou à maneton.

3.1.3 Conversations personnelles

Pour assurer plus d'intimité aux malades qui ne peuvent recevoir plusieurs visiteurs dans leur chambre, on devrait prévoir, dans l'unité, des pièces distinctes réservées aux visiteurs. Ces pièces devraient être insonorisées. Il n'est pas nécessaire d'utiliser des dispositifs compliqués d'insonorisation, mais ces dispositifs doivent être d'assez bonne qualité pour permettre aux gens de causer sans être entendus de l'autre côté de la cloison ou dans le couloir lorsque la porte est fermée.

L'éclairage, les couleurs et le mobilier devraient favoriser les conversations détendues.

Les petits salons devraient être placés dans les secteurs calmes de l'unité, loin de l'activité intense et, de préférence, là où les fenêtres donnent sur un paysage agréable. Les fauteuils doivent être agencés de manière à favoriser l'intimité, sans être trop rapprochés, et à permettre le mouvement d'un fauteuil roulant. Ces petits salons sont encore plus importants si les résidents doivent partager leur chambre avec d'autres.

3.1.4 Récréation et loisirs: activités calmes

Un grand nombre des activités qui ont lieu dans les salons revêtent un caractère social. Certains résidents se livrent aussi à des passe-temps sédentaires comme le tricot, la lecture et les jeux de cartes. Même si les salles affectées à l'ergothérapie peuvent être aménagées dans des aires distinctes, il est important que les résidents puissent poursuivre les activités auxquelles ils se livreraient normalement chez eux, dans leur salon. Si un résident n'a d'autre choix que de se rendre dans une autre aire pour jouer une partie de cartes avec un ami, il peut remettre cette activité à plus tard et, partant, se priver du bénéfice qu'il pourrait en retirer.

En outre, un grand nombre de ces activités sont plus agréables si les personnes peuvent s'y livrer assises dans leur fauteuil préféré. L'essentiel, c'est que le salon soit assez vaste pour permettre l'exercice de diverses activités passives et calmes.

Les visiteurs et les bénévoles utiliseront aussi les salons. Leur présence permet aux résidents de demeurer en contact avec la collectivité. Comme un grand nombre de visiteurs et de parents seront eux-mêmes des personnes âgées, il faudrait mettre à leur disposition des fauteuils confortables près des portemanteaux et des porte-chaussures. Ces derniers devraient être visibles du salon pour des motifs de sécurité. S'il n'y a pas de portemanteaux, les visiteurs seront portés à déposer leurs manteaux sur les fauteuils. Les salles de toilette des visiteurs et des malades devraient être situées près des salons.

Bien que les visiteurs soient bienvenus dans les salons, on ne doit pas leur permettre d'occuper toute la place. Les membres du personnel devraient se charger de conduire les groupes plus importants dans des aires moins vastes et plus privées de manière à ne pas donner aux autres résidents l'impression que leur territoire (leur foyer) est envahi. Les membres du personnel aussi devraient avoir accès à des aires de repos; on pourrait, à cette fin, installer des fauteuils dans les salles à manger des employés.

3.1.4.1 Emplacement des salons

Les salons devraient être situés dans des endroits qui offrent une vue sur l'extérieur. La possibilité pour le résident d'observer les activités quotidiennes du monde extérieur l'aide à conserver sa lucidité. L'aménagement d'un solarium pourvu de nombreuses plantes augmenterait la valeur de cet espace l'hiver tout en fournissant aux résidents un coin où exercer leur passe-temps. Les salons doivent être situés à proximité des chambres des malades pour leur permettre de circuler facilement d'une aire à l'autre et d'utiliser leur propre salle de toilette.

Bien qu'il soit nécessaire de prévoir un grand salon pour les résidents et les visiteurs, cet espace pourrait être subdivisé en aires plus petites à l'aide de bibliothèques, de paravents et de plantes. Un tel aménagement permet à des petits

groupes de se réunir pour bavarder tout en procurant aux personnes un sentiment d'intimité. Il permet également aux malades de se livrer à un plus grand nombre d'activités.

Lorsqu'on planifie l'agencement des salons, il faut prévoir un nombre de sièges suffisant pour les résidents, les visiteurs et les bénévoles. Il arrive souvent que les résidents adoptent un fauteuil particulier et qu'ils soient contrariés si ce fauteuil est occupé par une autre personne. Dans une étude qu'il a faite de 17 foyers pour personnes âgées en Angleterre, Lipman a observé que plus de 90 p. 100 de ceux qui fréquentent régulièrement les salons occupent les mêmes sièges placés de la même façon, chaque jour[10]. Cette observation s'applique tout particulièrement là où les résidents doivent partager leur chambre à coucher avec d'autres.

3.1.4.2 Mobilier

Il faudrait mettre à la disposition des résidents des fauteuils confortables, facilement adaptables à diverses hauteurs et positions. Il faudrait également prévoir des fauteuils plus légers de manière qu'on puisse les ajouter à un petit groupe de meubles fixes pour permettre aux amis, aux membres du personnel ou aux bénévoles de se joindre au groupe. Les tables devraient être plus hautes que la hauteur normale afin d'en permettre l'accès aux résidents en fauteuil roulant et d'éviter aux autres résidents d'avoir à se pencher pour les atteindre. Les tables devraient être stables mais mobiles pour permettre une certaine souplesse dans l'agencement des meubles. Les coins de tables devraient être arrondis pour éviter qu'un résident ne se blesse s'il trébuche. Tous les meubles devraient être lavables. On devrait, si possible, placer entre les meubles de petites étagères fixes sur lesquelles les résidents pourraient déposer leurs effets personnels comme des sacs à main, des papiers mouchoirs, etc. plutôt que de déposer ces objets sur les sièges ou les tables.

---

10 Sommer, R., Small group ecology in institutions for the elderly, in Pastalan, L.A., Carson D.M. (eds) Spatial Behavior of Older People, Ann Arbor, University of Michigan, 1979, p. 29, 34.

3.1.4.3 Systèmes de communication

Il faut réserver le recours aux systèmes de sonorisation aux annonces importantes seulement, ou même, si possible, s'abstenir complètement de s'en servir. On devrait également éviter de diffuser de la musique de fond par l'intermédiaire de ces systèmes, car celle-ci pourrait confondre les résidents qui ont des problèmes d'audition et gêner la conversation.

3.1.4.4 Décoration intérieure

(Voir la partie sur les salles à manger) Il convient de se rappeler que l'établissement est le foyer du résident: les meubles doivent certes être fonctionnels, mais il faut tout tenter pour créer une atmosphère où l'on se sente chez soi (les gens n'ont pas envie de passer leurs moments de loisirs dans un lieu qui ressemble à un établissement commercial).

La planification du décor devrait se faire de concert avec le conseil des malades.

Il faudrait éviter d'encombrer les parquets avec des objets instables comme des lampes sur pied ou des cache-pots légers. Les malades risquent de trébucher sur ces objets ou de s'y appuyer pour garder l'équilibre lorsqu'ils se déplacent dans la pièce. Il faudrait prévoir suffisamment d'espace entre les meubles pour permettre la circulation des déambulateurs et des fauteuils roulants.

3.1.4.5 Éclairage

L'éclairage doit être reposant, mais il faut suffisamment d'éclairage pour permettre certaines activités, la lecture par exemple. À cette fin, des lampes de lecture peuvent être fixées au mur ou aux meubles de telle manière que les malades puissent en régler la direction et l'intensité. Il faut prendre soin de placer ces lampes à un endroit où le malade ne risque pas de les frapper avec sa tête lorsqu'il se lève de son fauteuil.

3.1.4.6 Ventilation et plomberie

La ventilation ou la climatisation doit être assurée à raison de 4 renouvellements d'air par heure.

Les toilettes, lavabos et fontaines d'eau potable doivent être à une hauteur qui en permette l'accès aux malades en fauteuil roulant.

3.1.5 Récréation et loisirs: activités de groupes bruyants

Les aires affectées aux activités bruyantes devraient être séparées de celles où l'on se livre à des activités silencieuses: on évitera ainsi de provoquer des conflits et de déranger les malades qui désirent lire ou causer pendant que d'autres regardent la télévision.

Un appareil de télévision, des disques ou des instruments de musique devraient être mis à la disposition des malades dans une pièce distincte. Le problème d'incompatibilité d'activités est nécessaire à résoudre surtout dans les établissements de soins prolongés. Dans les unités gériatriques des hôpitaux, les petits salons réservés aux activités plutôt silencieuses peuvent se prolonger en une aire distincte où les malades peuvent regarder la télévision et écouter de la musique. On ne doit pas considérer les écouteurs ou autres dispositifs d'audition comme une solution de rechange pour les personnes âgées, ces accessoires n'étant pas, dans bien des cas, adaptés à leurs besoins.

S'il est impossible d'aménager deux aires distinctes et si un téléviseur est installé dans le salon, on pourrait prévoir d'autres aires de moindre dimension le long des couloirs afin de permettre aux malades de faire la conversation et de se reposer.

On peut employer des écrans de télévision de grande dimension (1830 mm) pourvus de lecteurs de cassettes d'apprentissage. On peut aussi se servir de récepteurs-amplificateurs de téléviseur et de radio bien adaptés au niveau d'audition des personnes âgées.

En règle générale, on peut assourdir le bruit par les moyens suivants:

- l'emploi de matériaux d'absorption acoustique à coefficient de tenue au feu, par exemple des tapisseries ou des tissus tissés serrés;

- l'utilisation d'écrans, de bannières ou de panneaux qui réduisent la réflexion du son qui provient des plafonds (Koncelik, 1976);

- le revêtement des surfaces avec des matériaux à texture robuste qu'on peut vaporiser pour réduire la réflexion sonore des murs et des plafonds.

3.1.6 Récréation et loisirs: autres activités de loisir

Il n'est pas rare de trouver parmi les personnes âgées des amateurs de jeu de cartes. On peut affecter une salle spéciale aux jeux de cartes et autres jeux de société, ou encore leur réserver un espace convenable dans le salon des activités plutôt silencieuses. Le fait de les rattacher à cette aire permet d'offrir la possibilité à certains malades de regarder d'abord les autres jouer et peut-être de se décider à participer aux jeux.

Dans certains cas, cette aire peut être combinée à une aire d'ergothérapie pour les malades de l'unité gériatrique. Cette solution ne s'applique que si l'horaire des séances d'ergothérapie est souple et celles-ci de courte durée. Autrement, le fait d'avoir constamment à monter puis à démonter leur travail découragera les malades.

Les tables doivent être hautes pour en permettre l'accès aux malades en fauteuil roulant[11].

Il est important de planifier l'éclairage en fonction de la capacité visuelle réduite des malades. L'intensité et la direction de la source de lumière devraient être réglables. On recommande aussi d'adapter l'éclairage aux activités prévues.

On devrait prévoir des aires réservées aux fumeurs et aux non-fumeurs. Le fait de regrouper les fumeurs dans un même secteur permet au personnel d'assurer la surveillance étant donné que les fumeurs âgés ont souvent des comportements qui présentent un risque d'incendie.

---

11 Pour obtenir plus de renseignements, consulter la publication "Logement pour les personnes âgées" de la Société canadienne d'hypothèques et de logements.

3.1.7 Récréation et loisirs: activités de plein air

Les malades d'une unité gériatrique devraient aussi avoir facilement accès aux jardins extérieurs et pouvoir s'adonner au jardinage à l'intérieur. On peut mettre à leur disposition des solariums aux couleurs vives et y installer des jardinières surélevées afin de permettre aux malades en fauteuil roulant de s'occuper des plantes. L'agencement des sièges à l'extérieur doit permettre aux malades de causer les uns avec les autres, d'être protégés du soleil, du vent et de la pluie grâce à des parasols ou à des abris.

Les aires extérieures devraient de préférence être des courettes plutôt que des superficies ouvertes sur les terrains de l'hôpital afin que les membres du personnel puissent surveiller les malades plus facilement. Ces aires devraient aussi être un lieu sûr pour les malades qui ont de la difficulté à s'orienter. Il est nécessaire que les malades en fauteuil roulant y aient accès. Les sentiers devraient être revêtus de matériaux qui permettent aux fauteuils roulants de circuler sans heurts et sans vibration. L'aménagement paysager devrait aussi comprendre des balustrades, des mains courantes ou d'autres dispositifs d'appui pour les malades dont les forces et la mobilité sont restreintes.

Les aires extérieures devraient de préférence constituer un prolongement naturel des aires d'activités sociales intérieures afin que les malades soient incités à les fréquenter. L'accès facile aux aires extérieures peut être bénéfique pour les malades en leur donnant l'occasion de faire plus d'exercices, d'absorber plus d'oxygène, de se mouvoir facilement à l'extérieur et d'y élever de petits animaux.

Les aires extérieures ne doivent pas comprendre uniquement des aires paysagées, mais aussi des aires où les malades peuvent eux-mêmes planter ou cultiver des fleurs ou

légumes[12]. On peut aussi aménager dans les aires extérieures des espaces affectés à des jeux paisibles comme les jeux de dames, de galets, de croquet, de golf miniature, etc.

Les malades devraient avoir accès à une remise où le matériel est rangé, mais le personnel responsable devrait exercer une surveillance afin de s'assurer que le choix de l'équipement convient au malade et que les malades n'utilisent pas le matériel de jardinage pendant de longues périodes d'efforts de leur part.

On devrait aussi installer des fauteuils à l'extérieur afin que les malades et leurs visiteurs aient un endroit où causer.

3.2 ACTIVITÉS D'ORDRE MÉDICAL

Dans tous les établissements pour personnes âgées, quel qu'en soit le genre: soins de longue durée, soins intermédiaires, hôpitaux de jour ou unité de gériatrie dans les hôpitaux, les services médicaux devraient être facilement accessibles depuis les aires des malades et les postes infirmiers.

Les médecins qui s'occupent des personnes âgées ne travaillent pas isolément, mais en collaboration avec les infirmières et les spécialistes d'autres services.

L'intervention médicale se déroule en deux étapes: le médecin s'entretient d'abord avec le malade puis procède à un examen physique servant à établir le bilan de santé. Il faut donc prévoir, à cette fin, deux aires fonctionnelles distinctes:

a) le cabinet de consultation;

b) la salle d'examen.

---

12 Pour obtenir plus de renseignements sur la façon de mettre le jardinage à la portée des personnes souffrant de diverses incapacités, le lecteur peut consulter l'ouvrage intitulé "The easy path of gardening", publié par la Reader's Digest Association ainsi que "Gardening for the disabled". Les deux ouvrages sont publiés par la Disabled Living Foundation, Londres, R.-U.

3.2.1 Consultation

Considérations relatives au design et au milieu

- protection contre les regards indiscrets
- insonorisation assurant l'intimité
- intensité lumineuse réglable
- ventilation, chauffage et refroidissement réglables
- couleurs discrètes
- parquets antidérapants
- voies de circulation sans obstacles pour les malades en fauteuil roulant et en civière
- espace pour les membres de la famille

Besoins minimums en matière de mobilier

- bureau
- téléphone
- trois fauteuils
- classeur
- dictaphone

Les sièges devraient être disposés de manière à permettre au médecin de faire face au malade; beaucoup de médecins considèrent que cette pratique fait partie du procédé d'évaluation.

3.2.2 Examens

Dans le cas de la salle d'examen, les considérations relatives au design sont les mêmes que celles recommandées pour le cabinet de consultation. Si une fenêtre est prévue, l'intimité du malade doit être protégée par une toile ou d'autres dispositifs.

Deux portes devraient donner accès à cette pièce:

- depuis le corridor ou le hall d'entrée
- depuis le cabinet de consultation

Les traitements pourraient être donnés dans cette salle; dans ce cas, la pièce doit être assez grande pour contenir les différents articles nécessaires aux traitements. Un écran pliant qui sépare les aires de traitement de celles réservées à la consultation permettrait au malade une intimité lors du déshabillage. Aussi, le personnel devrait pouvoir se laver les mains dans la salle d'examen.

Besoins minimums en matière de matériel:

- table d'examen (basse)
- ophthalmoscope
- appareils pour mesurer la tension artérielle
- spot réglable
- lavabos à commandes au niveau du genou
- armoire pour les instruments et les fournitures
- pèse-personne
- tabouret mobile (sur roues)
- marchepied amovible
- endroit pour déposer les vêtements du malade

3.3 ACTIVITÉS LIÉES AUX SOINS INFIRMIERS

3.3.1 Le soin du malade

L'emplacement du poste infirmier dans une unité gériatrique est vital. Il devrait être situé à un point central par rapport aux chambres des malades. Dans certains cas, on

peut traiter jusqu'à quarante malades à partir du poste infirmier. Cependant, des unités plus petites de 25 lits sont préférables.

Le nombre d'employés et de postes de travail à prévoir est fonction du nombre de malades dans l'unité. Il faut assurer aux employés un endroit tranquille où ils pourront accorder toute leur attention à la planification des soins et aux inscriptions dans les dossiers.

La conception et l'emplacement du poste infirmier doivent faciliter l'accès des malades, constituer un milieu de travail fonctionnel et éviter au personnel des déplacements inutiles à l'intérieur de l'unité. En réduisant le temps que perd le personnel en déplacements inutiles, on augmente celui qu'il peut consacrer aux malades. Bien que le poste infirmier doive faciliter l'accès aux aires des malades et leur surveillance, il ne doit pas être trop en évidence, car les malades ne doivent pas se sentir sous garde.

Il faut également faciliter l'accès du personnel responsable aux dossiers des malades. Les employés doivent disposer d'un espace qui contient une machine à écrire et du papier, des documents, des formules, des ouvrages scientifiques, un tableau d'affichage pour les horaires, les articles nécessaires aux communications (téléphone, etc). Il est préférable que l'aire réservée aux machines à écrire ne soit pas à l'intérieur du poste infirmier, mais attenante à celui-ci.

Les systèmes d'appel et d'interphone doivent être situés au poste infirmier et faciles d'accès pour le personnel[13].

Les considérations relatives au chauffage, au refroidissement, à la ventilation et à la sécurité sont les mêmes que celles qui s'appliquent aux autres secteurs réservés aux malades. En plus des considérations spéciales concernant l'éclairage, on recommande de pourvoir le poste infirmier d'appareils d'éclairage à intensité réglable permettant au personnel infirmier de travailler au poste la nuit sans illuminer excessivement les aires des malades.

---

13 On trouvera d'autres renseignements dans la partie 2.3 page 18 Systèmes de communication et d'appel.

Le bureau de l'infirmière surveillante doit occuper un espace fermé à l'intérieur du poste tout en permettant la surveillance directe des aires de travail. Ce bureau devra comprendre une table de travail, un classeur, une prise téléphonique et l'espace nécessaire pour accueillir trois personnes. L'intimité doit être préservée par des rideaux, des draperies, etc. que l'on peut ouvrir ou fermer.

Les locaux réservés aux articles souillés et propres doivent être faciles d'accès depuis le poste infirmier et les aires des malades.

3.3.2 La distribution des médicaments aux malades

a) À l'intérieur de l'unité

La salle de préparation des médicaments doit être suffisamment grande pour contenir l'armoire à médicaments et un placard fermant à clé. Elle doit être située à l'intérieur du poste infirmier, dans un espace fermé où le personnel pourra travailler sans être dérangé. Elle doit être conçue de façon à permettre la surveillance des médicaments entreposés et la garde des dossiers de médicaments des malades. Elle doit également comprendre une surface de travail, un réfrigérateur et tous les articles nécessaires, par ex.: lavabo, distributeur de serviettes de papier et savon, pour préserver l'innocuité des médicaments préparés. Il faut aussi prévoir un espace de rangement approprié pour les chariots de médicaments.

En plus de l'aspect relatif à la sécurité, cette aire de travail doit être bien aérée et orientée de façon à protéger les médicaments contre l'exposition directe à la chaleur du soleil. La température à l'intérieur de la pièce doit être maintenue constante et on doit pouvoir l'isoler des aires ouvertes du poste des infirmières.

L'éclairage à l'intérieur de la salle de préparation des médicaments doit faire l'objet de considérations spéciales et être suffisamment intense pour prévenir les erreurs durant la préparation et le dosage des médicaments.

b) De la pharmacie

La présence de salles de préparation des médicaments à l'intérieur des unités de soins dans les hôpitaux a récemment été contestée. Certains employés d'hôpitaux ont souligné que les normes d'agrément ne favorisent pas les salles de préparation et d'entreposage des médicaments dans les unités. Il est donc recommandé d'utiliser un système de doses unitaires dans tous les établissements de santé où la distribution se fait à partir de la pharmacie. Les chariots de médicaments avec des tiroirs individuels pour chaque résident sont pratiques et font économiser du temps à l'infirmière qui n'a plus à les préparer à l'avance, dans la salle des médicaments.

3.3.3 Fournitures

Les salles de fournitures d'articles propres et souillés doivent être situées à proximité du poste infirmier puisqu'elles ne sont utilisées que par ceux-ci. Les dimensions de ces salles et le matériel qu'elles contiennent sont déterminés d'après les mêmes critères que ceux qui régissent l'aménagement des établissements de soins pour malades aigus.

Il importe de souligner que dans le local réservé aux articles souillés, l'emplacement des installations de nettoyage et d'entreposage doit correspondre à un orde logique d'activités, par ex.: évier de rinçage à rebord, évier profond de trempage, égouttoir et armoire de rangement.

Il faut aussi prévoir des salles d'entreposage pour toutes sortes d'appareils: fauteuils roulants, chaises-commodes, etc.

3.3.4 Formation du personnel

Il faut favoriser le perfectionnement du personnel en prévoyant des aires réservées à la formation des nouveaux employés et du personnel médical. Ce secteur doit comprendre une salle de cours ou plus, selon la nature du programme, par exemple: éducation permanente; programmes destinés aux étudiants; etc.

Idéalement, chaque classe ne devrait servir qu'à la formation du personnel. Cependant, dans les petits établissements où

les cours de perfectionnement sont limités, une salle de cours pourrait servir à de multiples usages à caractère éducatif: conférences, réunions d'équipes multidisciplinaires, etc. Il faut prévoir des salles spéciales pour les réunions avec les membres de la famille des malades et de petits groupes de malades. Les salles de classe utilisées pour ces réunions n'assurent pas l'atmosphère propice aux échanges positifs.

Le mobilier des salles de conférence devrait comprendre une table modulaire autour de laquelle peuvent s'asseoir de deux à douze personnes, un tableau, un tableau d'affichage, un support de tableau à feuilles mobiles et, si cela est possible, pas de téléphone, mais un système d'interphone pour faire venir les membres du personnel au besoin.

Les aires réservées à l'enseignement devraient être insonorisées, bien aérées, éclairées par un système à intensité réglable et contenir tous les appareils nécessaires aux présentations audiovisuelles, un écran sur roues, une table à hauteur réglable pour la projection de diapositives, etc.

L'accès à cette aire doit être libre de tout obstacle pour permettre le passage de fauteuils roulants et de civières.

Lorsque l'unité de gériatrie fait partie d'un hôpital gériatrique, il faut prévoir une salle de conférence générale pouvant accueillir au moins les deux tiers de tout le personnel. Cette pièce doit être aménagée de façon assez souple pour servir à de multiples usages (activités sociales, récréatives, etc.). En utilisant dans cette pièce des sièges qui peuvent facilement être empilés, on en accroîtra la souplesse d'utilisation.

En plus d'être insonorisée, aérée et éclairée par des appareils à intensité variable, cette pièce devrait contenir une estrade démontable. Il faut prévoir des portes coulissantes et des cloisons mobiles pour permettre la subdivision de cette grande aire en plus petites salles. Les appareils de son, d'éclairage et le matériel audiovisuel doivent pouvoir s'adapter aux multiples usages de cette salle.

3.4 ACTIVITÉS LIÉES À L'ERGOTHÉRAPIE

3.4.1 Emplacement

Le service d'ergothérapie est habituellement à la disposition de tous les autres services d'un hôpital. Cependant, certains traitements s'adressent surtout aux malades âgés. Il faudrait, par conséquent, voir à ce que les malades de l'unité de gériatrie y aient facilement accès.

En général, le service d'ergothérapie devrait se trouver à proximité de l'unité de gériatrie pour permettre aux malades de s'y rendre par eux-mêmes et de respecter leurs rendez-vous, surtout ceux d'entre eux qui sont légèrement confus et qui doivent assister fréquemment à des séances de rééducation, dans la cuisine, par exemple. En ce qui concerne les personnes âgées, le programme d'ergothérapie vise surtout à faciliter l'exécution des tâches de la vie quotidienne, à stimuler le respect de soi et l'autonomie. Par conséquent, les activités peuvent se dérouler dans l'intimité de la chambre du malade ou dans des salles réservées aux réunions et aux rencontres sociales. L'unité devrait être dotée de salles de service conçues en fonction de ce double usage. Le service d'ergothérapie devrait être situé très proche des autres services thérapeutiques pour faciliter les déplacements des malades et pour promouvoir le partage des idées et des objectifs entre les spécialistes.

3.4.2 Activités

Nous aborderons, dans cette partie, quatre activités liées au traitement des malades âgés: évaluation de la capacité de s'acquitter des activités quotidiennes; ajustement ou fabrication d'appareils adaptés; thérapie légère; épreuve de perception et traitement des malades facilement distraits.

Il existe d'autres installations auxquelles ont accès les malades et le personnel du service d'ergothérapie, par exemple: les ateliers, les salles de cours, de réunion et de consultation pour les malades et leur famille, les bureaux du personnel du service d'ergothérapie, etc. Ces installations existent probablement ailleurs dans l'hôpital ou elles peuvent être partagées avec d'autres services de l'unité.

3.4.2.1 Activités quotidiennes: évaluation de la capacité fonctionnelle

On évaluera la capacité des malades et on leur enseignera comment se servir de la salle de toilette, de la chambre à coucher, de la cuisine et éventuellement d'une laveuse et d'une sécheuse. Des salles uniquement réservées à ces installations peuvent être éliminées si leurs fonctions sont intégrées dans l'unité, comme dans un établissement de soins de longue durée; elles sont toutefois nécessaires dans les hôpitaux de jour et dans les centres d'évaluation et de rééducation.

L'évaluation de la capacité d'exécuter les activités quotidiennes doit comprendre l'usage d'un fauteuil roulant et on doit fournir à chaque malade un fauteuil roulant approprié à son état. Le service d'ergothérapie se chargera de la réserve de fauteuils roulants et des évaluations. En plus des fauteuils roulants, il faut prévoir des coussins à l'intention des malades diabétiques, frêles ou arthritiques.

On doit trouver, dans les salles d'entraînement aux activités quotidiennes, un choix complet d'aides et d'appareils servant aux évaluations, par ex.: des sièges de toilette surélevés, des barres d'appui bilatérales, des planches de bain, une douche du type téléphone, etc. Les appareils fixes dans la cuisine comprennent un réfrigérateur, une cuisinière, un évier et des comptoirs. Les cabinets de toilette doivent mesurer au moins 1670 mm de largeur et 1820 mm de profondeur; la porte, coulissante ou ouvrant sur l'extérieur, doit avoir au moins 860 mm de largeur. Sur un mur, il doit y avoir une barre d'appui de 38 mm de diamètre extérieur, à une hauteur de 760 mm et écartée de 38 mm de la surface du mur. Le centre de la toilette avec barre d'appui devrait être à 450 mm du mur et le siège, devrait être à 380 mm - 460 mm du parquet.

Tout en permettant l'évaluation des malades et compte tenu de leur besoin d'autonomie, les salles d'évaluation de la capacité d'exécution des activités quotidiennes devraient, dans la mesure du possible, être conçues et meublées de façon similaire aux installations utilisées par la plupart des malades que ce soit dans les unités de soins de longue durée ou dans la collectivité, pour que l'apprentissage soit mis à

profit. Par exemple, il est préférable d'utiliser une baignoire ordinaire semblable à celle qu'on trouve à la maison plutôt qu'une baignoire surélevée et munie de dispositifs d'aide.

3.4.2.2 Ajustement ou fabrication d'appareils adaptés

Dans les hôpitaux de jour et les unités de soins intermédiaires et actifs, les installations nécessaires à la fabrication d'éclisses seront beaucoup plus importantes que dans une unité de soins de longue durée.

La fabrication d'éclisses nécessite un grand nombre de petits appareils électriques tels qu'un grille-pain four, un fusil chauffant et un "Hydrocollator". Le genre de four dépend du nombre de malades hospitalisés et de l'usage prévu.

Si l'on fabrique des semelles intérieures ou si l'on utilise du polypropylène, il faut disposer d'une affûteuse munie d'un dispositif qui recueillie la poussière et il faudrait également prévoir une hotte qui aspire les vapeurs.

3.4.2.3 Thérapie légère

Les activités de thérapie légère peuvent être exécutées individuellement ou en groupe. Les aires réservées à ces activités devraient être bien éclairées et aménagées de façon suffisamment souple pour permettre un usage multiple. Le volume de circulation pourrait nécessiter deux entrées.

Selon la taille de l'unité, on aura peut-être besoin d'un four à céramique. Le cas échéant, il faudra peut-être prévoir un circuit de tension distinct et des installations particulières. On aura également besoin d'un évier avec un syphon qui retient le plâtre.

Aucune considération spéciale n'est nécessaire concernant la plupart des autres appareils.

3.4.2.4 Épreuve et traitement de la perception

Il s'agit d'une salle à stimulation réduite servant au traitement des malades facilement distraits; on l'appelle souvent la "salle calme". Cette salle ne nécessite aucun article particulier, sauf un miroir d'observation

bidirectionnelle et un compartiment cloisonné, si ceux-ci sont requis par les usagers. Elle peut également servir pour des entrevues. Dans les unités de psychiatrie, les salles calmes servent également pour isoler les malades difficiles.

3.4.3 Mobilier

Le mobilier des aires de traitement doit être approprié à l'usage des personnes âgées. Les fauteuils doivent être hauts et solides et avoir des appuie-bras et un dossier pleine longueur qui soutient bien le dos. La hauteur des tables doit être réglable afin de permettre l'accès des fauteuils roulants. On recommande d'utiliser des matériaux de rembourrage à l'épreuve du feu.

3.4.4 Systèmes de communication

Les spécialistes doivent pouvoir communiquer entre eux, surtout lorsqu'il s'agit de communications d'urgence. Le système de communication doit être muni d'un mécanisme de "blocage" dans la salle calme pour diminuer les distractions. Il faudrait prévoir des "sonnettes d'appel" en cas d'accident dans la salle de bains servant aux exercices des activités quotidiennes ou même dans les salles de bains publiques, s'il est possible que les malades utilisent ces dernières.

3.5 ACTIVITÉS LIÉES À LA PHYSIOTHÉRAPIE

3.5.1 Considérations relatives à la planification

Le service de physiothérapie central sert habituellement tous les autres services d'un hôpital. Selon la taille de l'hôpital et du matériel compliqué utilisé dans le service de physiothérapie, il est généralement préférable de conduire les malades de l'unité de gériatrie à ce service; on évite ainsi l'achat en double de matériel coûteux. Cependant, certaines activités de physiothérapie peuvent se dérouler à l'intérieur de l'unité de gériatrie.

Afin de situer les considérations qui suivent dans leur contexte, nous présentons une liste des aires d'un service de physiothérapie central. Les représentants des usagers, en collaboration avec les planificateurs de l'établissement, peuvent choisir en fonction de leurs programmes et de la

taille et de la vocation de leur établissement, lesquelles parmi ces aires il serait utile de reproduire à l'intérieur de l'unité de gériatrie.

Genre de salles d'activités à l'intérieur d'un service de physiothérapie central

1. Hall
2. Salle d'attente
3. Salles de toilettes
4. Bureau d'accueil
5. Bureau de psychiatrie ou du médecin avec salle d'examen attenante
6. Bureaux des secrétaires
7. Centre (bureau) de documentation des thérapeutes
8. Salle commune du personnel (salon, vestiaire et salle de toilettes)
9. Bureau du directeur du service de physiothérapie
10. Salle de conférence et de cours
11. Salle de consultation du malade et de sa famille
12. Salle de déshabillage, douches et toilettes à l'usage des malades
13. Salle d'entreposage du linge
14. Entrepôt du concierge
15. Aire de rangement des fauteuils roulants et des civières
16. Salle de toilettes des malades de l'hôpital de jour
17. Alcôves servant au traitement (avec salles d'examen à l'usage des thérapeutes)

18. Salle d'hydrothérapie avec salles de déshabillage et douche

19. Salle de piscine thérapeutique

20. Salles de traitement individuel spéciale:

troubles neurologiques	- rétablissement après un accident cérébro-vasculaire
troubles pulmonaires	- douleur (douleur thoracique chronique)

21. Salle de réanimation

22. Entrepôt du matériel pédagogique

23. Gymnase

24. Aire d'apprentissage de la démarche

25. Salle des bénévoles (vestiaires, toilettes)

26. Entrepôt de matériel (appareils de déambulation, poids, jeux, instruments de musique, etc.)

3.5.2 Emplacement

Qu'il s'agisse d'un service de physiothérapie central ou d'un petit service de physiothérapie auxiliaire dans l'unité de gériatrie, les installations doivent être situées à proximité des services d'ergothérapie, d'orthophonie et s'ils existent, de prothèses et d'orthèses. À cause de cette proximité, il arrive fréquemment que ces services partagent des installations telles que les aires d'accueil et d'attente, les toilettes, le salon du personnel, la salle de repos des malades externes, les salles de conférence et de consultation des malades, etc.

3.5.3 Activités

Le service de physiothérapie d'une unité de gériatrie offre des programmes thérapeutiques conçus pour les personnes

âgées ou handicapées. Ces programmes comprennent le traitement des incapacités neurologiques, des troubles ostéomusculaires, des difficultés de déambulation, des lésions aux tissus mous ou de la faiblesse générale due au manque d'activités. L'accent est essentiellement mis sur l'évaluation, le traitement et le rétablissement de la capacité physique sans tenir compte de la cause, afin de rétablir ou de préserver la capacité fonctionnelle.

Les aires d'activités énumérées ci-après ont été choisies dans la liste indiquée au paragraphe 3.5.1 comme étant les plus utiles aux malades âgés d'une unité de gériatrie dont il est question dans la présente partie. Cela ne veut pas dire que l'on ne reconnaît pas l'importance des autres éléments de la liste. Cependant, il serait peu réaliste de prétendre que tous les éléments sont essentiels dans une unité de gériatrie. Il faut éviter de reproduire les aires de physiothérapie en tenant compte, à l'étape de la planification, du coût du double emploi de ces services par rapport à leur efficacité.

Dans les cas extrêmes où il est essentiel de prévoir des services semblables ou équivalents à l'intérieur de l'unité, en plus de ceux offerts au service de physiothérapie central, il serait sage de procéder à une analyse coût-efficacité.

Les aires suivantes sont analysées en fonction des activités de physiothérapie adaptée aux besoins des personnes âgées:

1. enseignement (salles de classes)
2. salle de consultation à l'intention du malade et de sa famille
3. salles de déshabillage, douches et toilettes des malades
4. salle de repos des malades de l'hôpital de jour
5. salles de traitement individuel spécial.

3.5.3.1 Enseignement

L'enseignement peut avoir lieu dans la salle de conférence comme il est décrit au paragraphe 3.3.4 ou dans une salle de cours réservée spécialement à la physiothérapie.

Pour les besoins de l'enseignement de la physiothérapie, il faut disposer d'une table d'examen (à hauteur réglable) pour les démonstrations cliniques devant des groupes d'étudiants. Dans ce cas, il faudrait prévoir, à l'intérieur de cette pièce, un espace particulier pour ranger la table d'examen lorsque d'autres activités sont en cours. Les appareils d'éclairage devraient comprendre un projecteur qui servirait durant les démonstrations. Des appareils audiovisuels seraient également utiles.

Le matériel suivant est recommandé:

- tableau
- écran - double projecteur à commande électrique pour la projection sur le tableau
- projecteur
- diapos-projecteur
- rétroprojecteur
- négatoscope - mobile
- microphones - selon les dimensions de la pièce
- magnétoscope avec télévision
- éclairage général (à intensité variable)
- téléphone et système de sonorisation
- lutrin avec lumière et télécommande.

Il serait utile de placer l'entrepôt du matériel pédagogique attenant à la salle de conférence ou de cours. Cet entrepôt servirait à ranger la table d'examen, la majeure partie du matériel de projection, les magnétoscopes, les cassettes et les films, les négatoscopes et des sièges supplémentaires. Enfin, un lavabo et une toilette pour usagers en fauteuil roulant attenant à l'espace d'enseignement sont nécessaires.

3.5.3.2 Salle de consultation à l'intention des malades et de leur famille

L'atmosphère de cette pièce doit être propice aux discussions privées. Cela pourrait être réalisé en assurant une insonorisation, un éclairage indirect des murs ornés de grands tableaux colorés (scènes traditionneiles), des plantes, des fauteuils et des petites tables. Une moquette contribuerait à l'insonorisation et une fenêtre romprait l'aspect institutionnel de cette salle dont pourraient se servir d'autres spécialistes de l'unité à des fins de consultation.

Il est essentiel dans toutes ces considérations de tenir compte de l'utilisation de cette salle par des malades en fauteuils roulants.

3.5.3.3 Salles de déshabillage des malades

Les salles de déshabillage utilisées par les malades dans le service de physiothérapie sont généralement semblables à celles qu'utilisent tous les autres malades. Cependant, les salles de déshabillage à l'usage des malades âgés ou handicapés devraient comprendre un banc et des barres d'appui, des casiers pleine longueur (pouvant loger des béquilles et des cannes) et des miroirs pleine longueur.

Le malade en fauteuil roulant devrait avoir suffisamment d'espace pour manoeuvrer dans la salle de déshabillage et pour accéder librement à la douche ou à la toilette.

Par exemple, il ne devrait y avoir aucune saillie entre la douche et le coin de déshabillage, les portes de la toilette devraient s'ouvrir vers l'extérieur, les robinets devraient être à la portée du malade assis, etc. À cet égard, on trouvera des renseignements plus détaillés dans la partie sur le bain (article 3.6.2 hygiène personnelle, page 82).

3.5.3.4 Salle de repos des malades de l'hôpital de jour

Cette salle de repos est destinée aux malades qui subissent des traitements de réadaptation pendant une journée complète. Il s'agit d'une salle tranquille, mais gaie où les malades peuvent se coucher, s'étendre ou s'asseoir pour se reposer entre les séances de traitement. Par conséquent, le mobilier devrait comprendre: des lits (dont on peut

régler la hauteur, à la tête et aux pieds), des tringles et des rideaux pour préserver l'intimité, des fauteuils inclinables et des tabourets, d'autres fauteuils et berceuses, des tables, des lampes de table, une fontaine d'eau potable (à la hauteur d'un malade en fauteuil roulant), des accessoires de lecture et de musique, une toilette privée et un lavabo.

3.5.3.5 Salles de traitement individuel spécial

Le box de traitement est l'endroit où sont administrés les traitements individuels. Le malade est évalué par le thérapeute qui choisit les modalités de traitement d'après les résultats de cette évaluation.

En général, les boxes de traitement font partie intégrante du service de physiothérapie. L'aménagement de boxes de traitement à l'intérieur de l'unité de gériatrie, à moins qu'il soit fortement justifié, est à éviter pour diverses raisons:

- On a constaté que le déroulement des traitements est plus efficace si tout le matériel distribué dans les boxes provient d'un service central.

- La distance entre le service de distribution central et les boxes doit être réduite au minimum pour éviter le déplacement fréquent d'instruments délicats.

- Les appareils de plomberie et d'électricité devraient être installés en double. Cependant, il faudrait prévoir, à l'intérieur de l'aire de traitement, des boxes spécialement conçus pour les malades âgés ou handicapés.

Les différents traitements administrés dans le box de traitement sont les suivants:

- traction cervicale
- traction lombaire
- traitement de suspension
- stimulation électrique
- traitement aux ultrasons

- rétroaction biologique (biofeedback)
- stimulation électrique nerveuse percutanée
- traitement d'acuponcture
- radiathermie (avec extrèmement de précaution)
- traitement à la cire (bain de parafine)
- traitement aux rayons ultraviolets (occasionnellement)
- pompe à compression de Jobst
- enveloppements chauds
- enveloppements froids.

Afin de permettre la préparation des enveloppements chauds et froids il serait utile de disposer d'un comptoir distinct et d'un lavabo double. Il devrait y avoir un tuyau d'écoulement au niveau du plancher pour vidanger l'appareil servant à la préparation des enveloppements chauds.

L'aire de rangement des articles utilisés dans les boxes de traitement doit comprendre un comptoir avec des armoires au-dessus et en dessous pour ranger les housses des enveloppements chauds, les distributrices de sacs de plastique pour les enveloppements froids et les produits de nettoyage. Pour plus d'efficacité, les boxes conçus pour les personnes âgées ou handicapées devraient être regroupés et séparés par des rideaux suspendus à des tringles au plafond pour préserver l'intimité des malades ou, lorsque les rideaux sont tirés, pour permettre à la thérapeute de surveiller deux ou trois malades en même temps. Ces rideaux devraient être en coton résistant, ininflammable et de couleurs vives, gaies et coordonnées. Il est préférable que les tables de traitement soient de hauteur réglable; autrement, on aura besoin de marchepieds portatifs. Une horloge murale est un article essentiel dans les boxes de traitement du service de physiothérapie.

Dans certains cas, il faudra aménager des salles de traitement spécial à l'intérieur de l'unité, par ex.: traitement des victimes d'attaque ou de troubles pulmonaires.

La salle de traitements des victimes d'attaque doit comprendre une table basse (1210 mm x 2430 mm) fixée à un mur par des charnières, de façon que lorsqu'elle est utilisée pour les traitements, elle soit à 480 mm du plancher. Cette plateforme est lourde et il est absolument essentiel qu'elle soit bien fixée au mur. Il faut prévoir suffisamment d'espace autour de cette table pour permettre la manoeuvre d'un fauteuil roulant après le traitement. Le tapis d'exercice peut être suspendu à un autre mur par des crochets. Il devrait également y avoir dans cette salle des barres d'appui murales, la plus basse à 100 mm du plancher, une chaise ordinaire, une petite table, etc.

Pour le traitement des malades souffrant de troubles respiratoires, il est nécessaire de prévoir une table hydraulique basculante munie d'un ballon d'anesthésiste.

En ce qui concerne la réanimation dans une unité de gériatrie, on devrait évaluer attentivement la possibilité d'utiliser la même salle pour le traitement des victimes d'attaque et de troubles respiratoires et la réanimation. Dans ce cas, on devrait avoir à portée de la main tous les articles d'urgence nécessaires pour les arrêts cardiaques: de l'oxygène, des défibrillateurs, des prises de courant, un lavabo, etc.

Cependant, la salle à "usages multiples" pose un problème lorsqu'un malade y est traité et qu'une urgence se produit. La pièce distincte pour les chariots d'urgence comporte certains avantages: lorsqu'une urgence se produit, elle évite aux personnes âgées, la confusion, un manque d'intimité et des inquiétudes.

3.6 ACTIVITÉS PERSONNELLES

3.6.1 Activités spirituelles

3.6.1.1 Emplacement

Il devrait y avoir une chapelle non confessionnelle dans un endroit central, à proximité des chambres des résidents.

3.6.1.2 Activités

La chapelle devrait remplir deux fonctions de base: permettre la tenue de services pour des groupes nombreux et servir de lieu de méditation et de prière individuelles.

3.6.1.3 Usagers

La chapelle permettra la tenue, dans l'établissement, de services religieux de toutes les confessions religieuses et les résidents, leur famille et le personnel y assisteront à des services religieux ou commémoratifs et pourront s'y recueillir pour prier et méditer.

3.6.1.4 Mobilier

On aura besoin d'une table ou d'un autel central pour placer les vases sacrés nécessaires au service, ainsi que de sièges confortables. Selon la taille et la nature de l'établissement, on pourrait utiliser des portes coulissantes pour agrandir la chapelle et y accueillir un plus grand nombre de personnes, au besoin. L'espace réservé aux activités récréatives ou aux repas pourrait, au besoin, être intégré à la chapelle. Pour l'usage quotidien, les dimensions de la chapelle devraient être réduites pour favoriser une atmosphère intime. Les malades en fauteuil roulant devraient pouvoir y avoir accès. Les représentants du culte voudront peut-être laisser, dans l'établissement, des livres de prières et d'autres articles et ils devront disposer d'une armoire à cette fin. Si la musique est un élément nécessaire, il faudra déplacer un piano ou un orgue d'un autre endroit. Il faudra, par conséquent tenir compte de la possibilité de transport de ces articles au cas nécessaire.

Il faut que le bureau de l'aumônier soit situé à l'intérieur de l'unité de gériatrie ou attenant à celle-ci. Ce bureau est également utilisé par les représentants des différentes confessions religieuses.

3.6.1.5 Décoration intérieure

La chapelle devrait être décorée de couleurs neutres qui contribuent à créer une ambiance paisible. Il est suggéré d'utiliser des couleurs suffisamment contrastantes sans pour autant être trop criardes étant donné la diminution de la

capacité de la personne âgée à discerner les couleurs. Les résidents de toutes les confessions religieuses devraient s'y sentir à l'aise et, par conséquent, il faudrait éviter les symboles religieux précis, comme des crucifix ou d'autres ornements semblables. Par contre, une atmosphère trop neutre et "passive" nuira au rôle que doit jouer la chapelle.

3.6.2 Activités liées à l'hygiène personnelle

Bien que le bain soit souvent considéré comme une activité personnelle, de nombreux malades âgés ont besoin d'une aide spéciale pour se baigner. La conception des salles de bains destinées aux personnes âgées et handicapées et les caractéristiques qu'elles devraient posséder ont fait l'objet de nombreux ouvrages.

Durant l'analyse de cette question, nous avons relevé des opinions contradictoires, tant dans les articles et les lignes directrices publiés qu'au cours de discussions avec des employés et des malades. Les considérations qui suivent offrent un aperçu des différentes possibilités et ne doivent pas être considérées comme le minimum requis dans les unités de gériatrie des hôpitaux. Il appartient aux usagers et aux planificateurs d'établissements de choisir les installations de bain qui conviennent le mieux à leurs besoins et aux programmes offerts.

Lorsqu'il s'agit de concevoir les installations de bain des unités de gériatrie, il faut tenir compte des nombreuses formes d'invalidité dont sont affligés les malades qui les utiliseront. Même s'il faut aider un grand nombre de ces malades à prendre leur bain, il est souhaitable de prévoir également une installation munie des dispositifs d'aide appropriés afin de permettre aux résidents de prendre leur bain dans l'intimité et de façon autonome, dans la mesure du possible.

Dans la partie suivante, qui porte sur les considérations liées aux activités, on propose quatre genres d'installations de bain:

- baignoires pour malades ayant besoin d'aide
- douches pour usagers en fauteuil roulant

- baignoires ordinaires
- baignoires non encastrées.

Les considérations relatives au milieu construit englobent les caractéristiques suivantes:

- emplacement
- murs
- planchers
- parquets
- portes
- barres d'appui.

3.6.2.1 Baignoires pour malades ayant besoin d'aide

Il existe de nombreux dispositifs pour aider les malades à prendre un bain. Le choix du dispositif dépendra, dans une grande mesure, de l'expérience antérieure, de l'habitude de la personne à un genre particulier d'équipement ou peut-être même, du coût.

Voici quelques facteurs très importants dont il faut tenir compte au moment de choisir des baignoires pour malades ayant besoin d'aide.

1. Il faut tenir compte de l'ensemble de l'installation et non strictement de la baignoire. Il faut analyser la distance à franchir du lit (dans la chambre) à la salle de bain afin d'assurer au malade le maximum de confort et de sécurité tout en réduisant le stress physique imposé au personnel.

2. De nombreuses baignoires pour invalides sont munies d'un gicleur qui permet d'enlever la saleté et la peau séchée tout en exerçant une action thérapeutique qui relaxe le malade. L'intérieur de la baignoire ou la conception du siège de même que l'emplacement et l'angle des jets d'eau sont des aspects importants pour assurer le nettoyage convenable de la région périnéale.

3. La baignoire doit être assez longue pour permettre au malade dont les membres sont raides ou spastiques de s'y asseoir.

4. Une douche de type téléphone ou un tuyau souple est nécessaire pour laver et rincer la tête et la région des épaules.

5. Pour prévenir l'infection, la baignoire doit être munie d'un système de vidange qui purge complètement l'eau des gaines et de la tuyauterie des pompes et qui fait circuler une solution désinfectante dans le système.

6. Les dispositifs de transport du malade et de levage dans la baignoire doivent fonctionner en douceur, soutenir convenablement le malade, être faciles à nettoyer et permettre le séchage et l'habillage du malade après le bain.

Il existe une sorte de baignoire pour invalide, dépourvue d'action thérapeutique qui par contre à cause de sa bordure très basse facilite l'entrée du malade avec une aide manuelle ou mécanique et peut être élevée à différentes hauteurs pour faciliter le travail du préposé. Bien que cette installation de bain coûte moins cher, on doit l'envisager après mûre réflexion puisqu'elle est moins avantageuse que la baignoire thérapeutique décrite plus haut et qu'elle ne semble pas répondre aux besoins du malade invalide ambulant.

3.6.2.2 Douches pour usagers en fauteuil roulant

Les douches accessibles aux malades en fauteuil roulant soulèvent de nombreuses controverses tant du point de vue pratique que de celui de la fréquence d'utilisation.

Des établissements où ces douches existent ont été visités dans plusieurs provinces et dans la plupart des cas, il a été constaté qu'elles servent d'entrepôt d'équipements divers. Cette situation semble moins liée au modèle de douche qu'aux facteurs suivants:

a) habituellement, le malade âgé préfère le bain à la douche;

b) bien que la douche soit plus hygiénique, elle ne permet pas le nettoyage aussi complet de certaines parties du corps;

c) selon le personnel, le bain est plus facile, prend moins de temps et salit moins;

d) le malade trouve que le bain est plus thérapeutique.

On présume parfois qu'une personne handicapée trouve plus facile d'utiliser une douche qu'un bain traditionnel. Cependant, le manque de preuves à l'appui de cette supposition rend cette généralisation discutable.

Dans les cas où, malgré la controverse, ces douches sont prévues, la cabine de douche peut être pourvue d'un siège pliant qui s'égoutte de lui-même, afin que le malade puisse se déplacer de son fauteuil roulant ou d'autres appareils d'aide à ce siège. Pour que la cabine de douche soit de conception aussi souple, il faudra prévoir des barres d'appui supplémentaires en plus d'autres modifications.

Dans certains cas, il importe de garder le malade au chaud à la sortie de la douche. À cette fin, on pourrait installer une lampe chauffante directement à l'extérieur de la cabine de douche pour réchauffer le malade pendant qu'il s'essuie. Cette lampe comprend habituellement une minuterie.

À cause du problème que pose le contrôle d'éclaboussement d'eau, l'emplacement logique d'une douche pour malades en fauteuil roulant est dans une salle de bain avec plancher en carrelage pourvu d'un drain. Une rétention d'eau à l'entrée de la douche devra être évitée. Cela pourrait nécessiter comme option l'aménagement d'une entrée en pente d'une inclinaison d'environ 37 mm sur une longueur de 150 mm ou aussi une très petite bordure d'au plus 25 mm. Ces deux solutions comportent certaines difficultés pour l'usager de fauteuil roulant, de même que pour l'invalide ambulant si l'on utilise un siège de transfert.

Bien qu'il soit nécessaire que le plancher de la cabine de douche soit pourvu d'un drain, il faut que l'inclinaison du plancher permettant l'écoulement soit aussi faible que possible.

Les directives actuelles concernant les régulateurs de la température de l'eau semblent préconiser l'installation des manettes de réglage à l'extérieur de la cabine de douche afin qu'on puisse régler la température de l'eau avant d'entrer dans la douche. Par mesure de sécurité, on peut installer un simple robinet d'arrêt à l'intérieur de la cabine.

Au moins un des côtés de la cabine de douche devrait être une demi-cloison pour permettre à un employé d'aider le malade. L'intimité du malade peut être protégée par un rideau à la partie supérieure de cette cloison.

Une douche manuelle du type téléphone est préférable à la pomme de douche fixe.

Il doit y avoir un plateau encastré pour déposer le savon et d'autres articles de toilette, de même qu'une étagère installée à la hauteur d'un fauteuil roulant, à l'extérieur de la cabine de douche, pour les serviettes, etc.

3.6.2.3 Baignoires ordinaires

Bien que certaines personnes handicapées soient incapables de prendre seules un bain malgré l'aide d'appareils spéciaux, bon nombre d'entre elles, y compris des malades en fauteuil roulant, peuvent prendre un bain de façon autonome si elles disposent des aides nécessaires. On devrait encourager cette autonomie en installant les dispositifs d'aide nécessaires.

Les personnes handicapées qui ne peuvent utiliser leurs membres inférieurs, y compris les amputés des membres inférieurs, préfèrent se déplacer du fauteuil roulant à un siège de transfert ou à un rebord.

On asseoit le malade sur ce rebord et on fait passer ses jambes devant lui ou on fait pivoter son corps avant de le descendre dans la baignoire. Après le bain, ce procédé est inversé, par conséquent, cette méthode sert de base à la conception de l'aménagement.

Le transfert latéral à partir du fauteuil roulant nécessite au moins 1000 mm, tandis qu'il faut environ 1400 mm pour exécuter un transfert de front.

Dans un document de la S.C.H.L. (Société canadienne d'hypothèques et de logements) intitulé: "Centres d'hébergement et pensions surveillées pour personnes âgées" - les lignes directrices de conception préconisent une largeur de 450 mm pour les sièges de transfert tandis que Goldsmith suggère une largeur de 400 mm. En ce qui nous concerne, ces dimensions constituent des limites raisonnables. On doit signaler que le document de la S.C.H.L. traite uniquement du transfert latéral à partir du côté droit. Au cas où on opterait d'augmenter les possibilités de transfert, on devra installer un siège de transfert à l'extrémité opposée de la baignoire. Dans ce cas, les robinets devront se trouver sur le mur longitudinal de la baignoire et non à une extrémité, comme c'est le cas normalement.

L'accès aux robinets est un problème que pose l'usage sans aide d'une baignoire par un malade en fauteuil roulant. Par conséquent, pour permettre à ces personnes d'atteindre les robinets, on suggère d'installer ces derniers à une distance d'environ 400 mm de la tête de la baignoire sur le mur longitudinal. De plus, la personne en fauteuil roulant doit avoir accès à une bonde à commande mécanique.

En ce qui concerne les dimensions et les sections, les baignoires ordinaires sont jugées acceptables; cependant, le fond de la baignoire doit être plat pour réduire les risques d'accident. Pour faciliter le transfert du fauteuil au siège, il faut qu'une barre d'appui verticale soit installée sur un mur d'extrémité, au niveau du siège de transfert. Une courroie liée à un anneau fixé au plafond, directement au-dessus du bord de la baignoire peut s'avérer utile durant le transfert.

Une barre verticale et horizontale combinée située sur le mur longitudinal qui entoure la baignoire et dont la barre horizontale est située à environ 750 mm du plancher est essentielle pour permettre au malade de s'asseoir sur le siège de transfert et de s'y relever.

Il doit y avoir à portée de la main une douche du type téléphone, à la tête de la baignoire. Les angles aigus sur les appareils, y compris les robinets et les filtres, sont à éviter.

3.6.2.4 Baignoires non encastrées

À l'exception des critères qui régissent les plans de la pièce qui renferme la baignoire non encastrée ou d'établissement, les considérations relatives au design sont peu nombreuses.

Les baignoires non encastrées sont nécessaires pour permettre à un ou deux employés d'aider les malades qui sont incapables de se laver seuls. Dans certains cas il serait utile de prévoir une légère crevasse dans le parterre entourant la baignoire, afin d'aider à la stabilisation des pieds du personnel assistant le malade. On estime que les installations de bain avec aide actuellement disponibles et plus efficaces remplaceront graduellement ce genre d'installation.

En outre, la baignoire non encastrée ou d'établissement ne devrait pas être considérée comme un moyen convenable de remplacer le bain encastré de type domestique.

Les personnes capables de se baigner seules ou avec peu d'aide préfèrent les avantages des baignoires avec barres d'appui.

3.6.2.5 Emplacement et disposition

Les salles de bains devraient être situées en un endroit qui n'oblige pas les malades à passer par les aires d'activités ou publiques pour s'y rendre.

Elles peuvent regrouper dans une même pièce divers types d'appareils (baignoires pour malades ayant besoin d'aide et douches pour usagers en fauteuil roulant) séparés par des cloisons ou des rideaux amovibles, ou être aménagées en salles distinctes et contiguës renfermant différents types d'appareils.

La disposition des salles de bains dépendra de la taille de l'unité de gériatrie, des résidents et de leurs préférences ainsi que de celle du personnel pour ce qui est des types d'appareils.

3.6.2.6 Murs

Le revêtement en céramique des murs du plancher au plafond produit un éclat excessivement éblouissant et propage les bruits. Une bande de carrelage de 120 à 150 cm de haut est jugée suffisante. On recommande d'utiliser un carrelage texturé et facile à nettoyer.

La surface de la partie supérieure du mur devrait être revêtue de vinyle imperméable qui réduit les reflets éblouissants, absorbe les bruits et donne à la pièce un aspect différent de celui des établissements.

3.6.2.7 Parquets

Les revêtements de plancher devraient être non éblouissants, antidérapants, imperméables et faciles à nettoyer. L'inclinaison du plancher devrait être dirigée vers un drain bien situé. Les aires où l'on utilise des appareils de levage des malades devraient être raisonnablement de niveau.

3.6.2.8 Plafonds

On recommande l'emploi de plafonds suspendus et de carreaux acoustiques hydrofuges qui réduisent les reflets éblouissants et les bruits et offrent une plus grande possibilité de décoration.

Le nombre et le genre des installations de bains utilisées dans la pièce en dicteront les dimensions. Étant donné que les appareils de levage des malades sont suspendus à partir du plafond, les dimensions du matériel à utiliser et l'emplacement des commandes de ces appareils, doivent être connus durant la planification.

Il est essentiel de noter que le contact visuel entre l'opérateur et le malade est essentiel pendant le levage et le déposage du malade dans le bain.

3.6.2.9 Portes

La porte d'accès aux salles de bains devrait être placée de manière à protéger l'intimité des usagers et être suffisamment large pour permettre le passage des fauteuils roulants.

3.6.2.10 Barres d'appui ou barres de sécurité

Les barres d'appui ne sont qu'un aspect de la sécurité des malades âgés lorsqu'ils prennent leur bain. Il faut également prévoir des manettes de réglage de la température de l'eau et des dispositifs d'aide pour les malades ayant des difficultés à saisir des objets, et d'autres mesures de sécurité telles que des bandes antidérapantes placées dans le fond de la baignoire, des bancs de baignoire, etc.

Dans le présent article, les barres d'appui sont abordées en général. Pour plus de détails, on peut consulter Designing for the Disabled qui est un ouvrage de référence très utile de Selwyn Goldsmith.

Voici quelques-unes des questions traitées dans cet ouvrage; elles englobent trois aspects relatifs aux mouvements du malade:

a) lorsqu'il entre dans la baignoire ou en sort en position debout;

b) lorsqu'il entre dans la baignoire ou en sort en position assise;

c) lorsqu'il entre dans la baignoire ou en sort en position allongée.

a) On propose trois genres d'appui verticaux pour le malade qui entre dans la baignoire ou en sort en position debout:

(i) une barre d'appui verticale fixée du plancher au plafond et accessible aussi bien de l'intérieur de la baignoire que de l'extérieur;

(ii) une barre d'appui verticale (facultative) longue d'environ 600 mm fixée sur le mur longitudinal à 200 mm du rebord de la baignoire et à environ 600 mm du pied de la baignoire; et

(iii) une barre d'appui verticale (facultative) fixée à la tête de la baignoire lorsque celle-ci est munie d'une plate-forme. La longueur de la barre est d'environ 600 mm et elle est placée en dehors de la baignoire à

300 mm du bord extérieur; son extrémité inférieure est à environ 900 mm du plancher et son extrémité supérieure, à 1500 mm.

Lorsqu'il y a un poteau, aucune autre barre verticale n'est nécessaire si la baignoire n'est pas munie d'une plate-forme.

b) La barre d'appui (ii) est nécessaire pour glisser un malade sur la plate-forme ouverte lorsqu'il entre en position assise.

En plus de cette barre d'appui, il devrait y avoir une autre barre sur le mur longitudinal de la baignoire pour faciliter l'entrée et la sortie du malade.

c) Pour permettre au malade d'entrer dans la baignoire et d'en sortir en position allongée, il faut installer une barre horizontale ou inclinée, fixée au mur longitudinal de la baignoire. L'extrémité inférieure de la barre inclinée devrait partir du centre de la baignoire à environ 20,20 mm au dessus du rebord, remontant légèrement vers la tête de la baignoire.

Les barres d'appui inclinées fortement plus hautes au centre de la baignoire qu'à la tête ne sont pas recommandées.

Que la baignoire soit munie ou non d'une plate-forme, la partie élevée de la barre inclinée doit être fixée à pas plus de 250 mm au-dessus du bord de la baignoire.

Lorsque la baignoire est munie d'une plate-forme, les barres horizontales devraient être fixées au mur longitudinal, de la tête vers le centre de la baignoire, à environ 100 mm au-dessus du rebord de la baignoire.

Lorsqu'il n'y a pas de plate-forme, la barre horizontale devrait mesurer 600 mm de longueur et être fixée du centre vers la tête de la baignoire.

Les résidents qui désirent se baigner dans l'intimité devraient avoir facilement accès à une sonnette, pour pouvoir appeler en cas de besoin sans avoir à sortir de la baignoire.

Le personnel infirmier devrait aussi pouvoir utiliser cette sonnette d'appel pour obtenir de l'aide pendant le bain d'un résident.

Les barres en croix placées au-dessus de la baignoire ou légèrement plus haut que le rebord ne sont pas recommandées.

3.6.2.11 Autres accessoires

Un meuble roulant qui consiste en étagères devrait être prévu pour l'entreposage des produits de bain et de soins de la peau. Ce meuble devra aussi avoir des porte-serviettes, des crochets pour suspendre les habits du malade ainsi que de l'espace additionnel pour les diverses autres fournitures nécessaires.

3.6.2.12 Aération

L'aération devrait se faire à raison de 10 renouvellements d'air par heure et l'on devrait créer une pression négative.

Afin d'économiser l'énergie, on devrait envisager la possibilité d'installer des ventilateurs à deux vitesses et un système de commande fonctionnant de deux façons.

Les aires réservées au bain devraient être chauffées par un système distinct qui permet d'augmenter la chaleur durant les heures d'utilisation et de l'abaisser en d'autres temps.

3.6.3 Apparence personnelle

On devrait encourager les malades de l'unité gériatrique à soigner leur apparence. Cependant, il est rare qu'on trouve un salon de coiffure sur les lieux mêmes de l'unité de gériatrie. Ce salon est plutôt situé dans un endroit central et utilisé par tous les malades de l'établissement. Puisque la proximité du salon en favorise la fréquentation, il peut être plus avantageux de le situer le plus près possible de l'unité de gériatrie.

Le salon de coiffure devrait être aménagé à côté d'une aire d'activités où l'atmosphère est agréable et où les malades peuvent s'asseoir pour attendre le moment de leur rendez-

vous. Si l'on juge que l'aménagement d'un salon de coiffure coûte trop cher, il faudra se procurer le matériel portatif nécessaire pour répondre aux besoins.

Le salon devrait être équipé d'un lavabo pour les shampoings, de rayonnages pour les serviettes et les fournitures, d'une table à hauteur réglable, d'une chaise de coiffeuse et être suffisamment grand pour qu'on puisse y circuler en fauteuil roulant. L'éclairage doit convenir aux activités d'un salon de coiffure et il doit y avoir assez de prises de courant pour brancher les appareils utilisés, y compris un séchoir.

Un lavabo de couleur foncée est nécessaire pour empêcher les taches de teinture. Ce lavabo devrait être muni d'un siphon spécial qui retient les cheveux, facile à nettoyer, et d'un pomme de douche manuelle qui dispense de l'eau chaude et de l'eau froide. La hauteur du lavabo doit convenir aussi bien aux malades en fauteuil roulant qu'aux autres malades. Dans la mesure du possible, les conduites d'eau et d'eaux résiduaires devraient être souples pour pouvoir en régler la hauteur. De plus, il faut prévoir, en plus des lavabos pour shampoing de tête penchée vers l'arrière, d'autres types de lavabos pour certains malades qui doivent pencher la tête vers l'avant.

Un système d'aération approprié et des diffuseurs d'air à faible vitesse sont nécessaires.

3.6.4 Repas personnels

Selon la taille et l'aménagement général de l'établissement, on peut préparer les repas:

- à l'unité, où les résidents ou le personnel peuvent préparer des boissons et des goûters pour les malades et, dans certains cas, pour leurs visiteurs;

- dans une cuisinette attenante à la salle à manger principale ou qui en fait partie. Ces aires sont souvent utilisées comme lieux de rencontres; elles devraient être conçues de façon à permettre l'accès des malades en fauteuil roulant et être équipées avec les appareils et les ustensiles nécessaires aux personnes handicapées.

Un aménagement souple, particulièrement dans un plus petit établissement, peut faire en sorte que la cuisinette serve aux exercices d'ergothérapie ou à la pratique des activités normales de la vie, ainsi qu'à l'exercice de passe-temps, comme la cuisine, entre autres.

3.6.5 Buanderie à l'usage des résidents

On encourage fortement l'aménagement d'une petite buanderie dans les établissements pour personnes âgées et handicapées de même que dans les hôpitaux de jour. Si cet élément est prévu dans le programme de l'établissement, les commentaires suivants peuvent s'avérer utiles.

La buanderie doit être assez spacieuse pour comprendre les articles suivants:

1. laveuse et sécheuse automatiques de type ménager
2. évier avec égouttoir (accessible aux malades en fauteuil roulant)
3. séchoirs reposant sur le plancher
4. un banc pour s'asseoir
5. tablettes pour ranger les paniers à lavage, les vêtements et les fournitures
6. table à repasser et table d'appoint.

Les malades ambulants préfèrent une laveuse à chargement par-dessus et les malades en fauteuil roulant préfèrent une laveuse à chargement par-devant. Par conséquent, il peut être nécessaire de se procurer une laveuse de chaque modèle si le budget le permet.

On recommande de fixer solidement la table à repasser puisque les tables portatives sont instables et difficiles à monter. Les hauteurs de travail varient considérablement entre la personne en fauteuil roulant et la personne ambulante; par conséquent, on devrait pouvoir régler facilement la hauteur de la table de 660 mm à 820 mm environ.

Il devrait y avoir assez de surface de plancher libre pour permettre à au moins deux usagers d'être dans la buanderie en même temps.

3.7 SERVICES AUXILIAIRES

3.7.1 Emplacement

Les résidents devraient avoir facilement accès aux locaux du personnel des services sociaux et des soins à domicile puisque ces locaux servent souvent aux entrevues. L'espace réservé aux bénévoles peut être situé n'importe où dans l'établissement, puisque les bénévoles travaillent auprès des résidents. Cependant, les bénévoles devraient disposer d'une pièce où ils peuvent changer de vêtements, laisser leurs effets personnels et afficher les avis et les affectations. Cette pièce est importante pour eux puisqu'ils ont ainsi l'impression qu'ils font partie de l'établissement.

3.7.2 Activités

Bien souvent, les employés des services auxiliaires ne font pas partie du personnel régulier de l'établissement. Il se peut que ces employés soient prêtés par un établissement plus important, qu'ils travaillent à temps partiel ou à titre bénévole. Cependant, les services qu'ils rendent sont essentiels au fonctionnement efficace de l'établissement. Les bénévoles peuvent seconder les autres employés de l'établissement de plusieurs façons, qu'il s'agisse de diriger des séances d'exercices ou de s'occuper de la boutique des cadeaux.

Le personnel des services sociaux doit disposer d'un bureau suffisamment grand pour interviewer et conseiller les résidents et leur famille en privé. Lorsque le volume de travail de ces services est considérable, ce bureau devrait être réservé à l'usage exclusif des travailleurs sociaux.

De même, le personnel responsable des soins à domicile devra mener des entrevues et aura besoin d'un bureau pour coordonner l'exécution des tâches dans le cadre du programme de soins à domicile. Lorsque le personnel des soins à domicile a ses quartiers généraux dans l'établissement, il doit

disposer d'un bureau et d'une salle de repos tout comme le personnel des services infirmiers. En fait, les deux catégories d'employés peuvent partager les mêmes installations.

3.7.3 Mobilier et matériel

Le personnel des services auxiliaires doit disposer de meubles de bureau habituels et avoir accès au matériel de bureau. Tous les bénévoles affectés à ces services doivent disposer d'une salle qui leur est réservée exclusivement pour changer leurs vêtements et de casiers pour ranger leurs effets personnels. Selon la nature de leurs affectations, ils peuvent avoir besoin d'utiliser les douches réservées au personnel.

BIBLIOGRAPHIE

Aryani L. and Goldman.
Design of Long Term Care Facilities
New York, N.Y., Van Nostrand Reinhold, 1980

British Columbia
Extended Care Design Guidelines

S.C.H.L.
Design pour personnes handicapées 1977

S.C.H.L.
Habitations pour personnes âgées 1975

S.C.H.L.
Centre d'hébergement et pensions surveillées pour personnes âgées

Drader, D.
Design of Geriatric Assessment Units:
Psychosocial Considerations; Health Facilities Design Division, H.W.C. 1982

Goldsmith, S.
Designing for the Disabled
London, U.K.: Royal Institute of British Architects, 1967, 1975

Direction des services de santé
Guide pour établir les normes des services spéciaux: soins institutionels à long terme pour personnes adultes.
Direction générale des services et de la promotion de la santé. S.B.S.C.

Illuminating Engineering Society.
Lighting Handbook
1981 or latest edition

Lawton, M.P.; and Simon, B.B.
Ecology of Social Architectural in Housing for the Elderly, 1968

Levine, N. and Associates,
Article in the Architectural Review magazine, May 1977

Manitoba
Planning Guide for Personal Care Homes

Sommer, R.
Small Group Ecology in Institutions for the Elderly

Pastalan, L.A.; and Carson, D.H.
Spatial Behaviour of Older People
H. Daniel (eds), Ann Arbor Michigan, University of Michigan State. Wayne, University Institute of Gerontology, 1970

RÉFÉRENCES*

Alexander, J., Dreher, G. & Willems, E.
Behavioral Ecology and Humanistic and Behavioristic Approaches to Change. In Wandersman, A., Poppen, P. & Ricks, D. (Eds.)
Humanism and behaviorism: Dialogue and Growth
New York: Pergamon Press, 1976.

Altman, I.
Environmental and Social Behavior: Privacy, Personal Space, Territory and Crowding
Monterey, California: Brooks Cole Publishers, 1975

Barker, R.G. & Barker, L.S.
The Psychological Ecology of Old People in Midwest, Kansan and Yoredale, Yorkshire.
Journal of Gerontology
1961, 16, 144-149.

S.C.H.L.
Design pour personnes handicapées
Ottawa, Canada, 1977.

S.C.H.L.
Habitation pour personnes âgées
Ottawa, Canada, 1975.

Cluff, P.J. & Campbell, W.H.
The Social Corridor: An Environmental and Behavioral Evaluation.
The Gerontologist
1975, 15, 516-523.

Cohen, U.
Towards a Comprehensive Model of Human Stress. In P. Suedfeld & J. Russell, (Eds.).
Behavioral Basis of Design
Stroudsburg, Penn,: Dowden, Hutchinson & Ross Inc., 1976

* Les références mentionnées font partie du document de D. Drader, voir item Drader, D.

Canter, D. & Canter, S. Building for Therapy. In Canter, D. & Canter S. (Eds.).
Designing for Therapeutic Environments
Toronto: John Wiley & Sons, 1979.

Cumming, E. & Henry, W.E.
Growing Old
New York: Basic Books, 1961.

Dehong, A.J.
The Micro Spatial Structure of the Older Person. In L.A. Pastalan & D.H. Carson (Eds.)
Spatial Behavior of Older People
Ann Arbor: U. of Michigan. Institute of Gerontology, 1970.

Esdorfer, C. & Stotsky, B.
Intervention, Treatment and Rehabilitation of Psychiatric Disorders. In Birren, J. & Shaie, W. (Eds.).
Handbook of the Psychology of Aging
New York: Van Nostrand Reinhold Company, 1977.

Furby, L.
Possessions: Toward a Theory of Meaning and Function Throughout the Life Cycle. In P.B. Baltes (Ed.).
Lifespan Development and Behavior
Vol. 1. New York: Academic Press, 1978.

Graney, M.J.
Happiness and Social Participation in Aging.
Journal of Gerontology
1975, 30, 701-706.

Gustafson, L. & Hagberg, B.
Dementia with Onset in the Research Period.
Acta Psychiatria Scandanavia
1975, Supplement, 257, 1-71.

Hall, E.T.
The Hidden Dimension
Garden City, New York: Doubleday, 1966.

Howell, S.C.
Designing for Aging: Patterns of Use
Cambridge, Ma.: MIT Press, 1980.

Hoyt, D., Kaiser, M., Peters, G. & Babchuk, N.
Life Satisfaction and Activity Theory: A Multidimensional Approach.
Journal of Gerontology
1980, 35, 935-941.

Kahana, E.
A Congruence Model of Person-Environmental Interaction.
In P.G. Windley & G. Ernst (Eds.).
Theory Development in Environmental and Aging
Washington, D.C.: The Gerontological Society, 1975.

Kahana, E., Liang, J. & Felton, B.
Alternative Models of Person-Environment Fit: Prediction of Morale in Three Homes for the Aged.
Journal of Gerontology
1980, 35, 584-595.

Kenshalo, D.R.
Age Changes in Touch, Temperature, Kinesthesis and Pain Sensitivity. In J. Birren & W. Schaie (Eds.)
Handbook of the Psychology of Aging
Toronto: Van Nostrand Reinhold Company, 1977.

Kincelik, J.A.
Designing the Open Nursing Home
Stroudsburg, Pa.: Dowden, Hutchinson & Ross, 1976.

Langer E. & Rodin, J.
The Effects of Choice and Enhanced Personal Responsibility for the Aged: A Field Experiment in an Institutional Setting.
Journal of Personality and Social Psychology
1976, 34, 191-198.

Lawton, M.P.
Therapeutic Environments for the Aged. In Canter, D. & Canter, S.
Designing for Therapeutic Environments
Toronto: John Wiley & Sons, 1977.

Lawton, M.P.
Environmental and Aging
Monterey, California: Brooks/Cole Publishing Co., 1980.

Lawton, M.P.
Sensory Deprivation and the Effects of the Environment on the Management of Patients with Senile Dementia. In Miller, N. & Cohen, G.
Clinical Aspects of Alzheimer's Disease and Senile Dementia
Vol 15, New York: Raven Press, 1981.

Lawton, P. & Bader, J.
Wish for Privacy Among Young and Old.
Journal of Gerontology
1970, 25, 48-54.

Lawton, M.P. & Simon, B.B.
The Ecology of Social Relationships in Housing for the Elderly.
Gerontologist
1968, 8, 108-115.

Lemon, B., Gengston, V. & Peterson, J.
An Exploration of the Activity Theory of Aging.
Journal of Gerontology, 1972, 27, 511-523.

Liang, J., Dvorkin, L., Kahana, E. & Mazian, F.
Social Integration and Morale: A Reexamination.
Journal of Gerontology
1980, 35, 746-757.

Lieberman, M., Tobin, S.S. & Slover, D.
The Effects of Relocation on Long-Term Geriatric Patients. Chicago, Illinois Dept. of Health and Committee on Human Development, University of Chicago, 1971.

Malkin, J.
The Design of Medical and Dental Facilities
Toronto: Van Nostrand Reinhold Company, 1982.

Marv, J.
Aging Research (II): Pacemakers for Aging, Science, 1974, 186, 1196-1197.

Melin, L. & Gotestam, K.G.
The Effects of Rearranging Ward Routines on Communication and Eating Behaviors of Psychogeriatric Patients.
Journal of Applied Behavior Analysis
1981, 14, 47-51.

Messer, M.
The Possibility of an Age-Concentrated Environment Becoming a Normative System.
Gerontologist
1967, I, 247-251.

Moos, R.
The Human Context: Environmental Determinantes of Behavior
New York: Wiley Publishers, 1976.

Moos, R.
Social-Ecological Perspectives on Health. In Stone, G., Cohen, F. & Adler, N.
Health Psychology: A Handbook
San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1979 (a).

Nahemow, L. & Lawton, M.P.
Toward an Ecology Theory of Adaption and Aging. In W.F. Preiser (Ed.)
Environmental Design Research
Vol. 1. Stroudsburg, Pennsylvania: Dowden, Hutchinson & Ross, 1973.

Santé et Bien-être social Canada
Considérations relatives au design des unités de soins spéciaux dans les hôpitaux: unités de soins gériatriques dans les hôpitaux.
Rapport de la Division de planification des établissements de santé
Direction des ressources de santé, Direction générale des services et de la promotion de la santé, 1979.

Santé et Bien-être social Canada
Guide pour établir les normes des services de soins spéciaux dans les hôpitaux: unités de soins gériatriques dans les hôpitaux.
Rapport de la Direction des services de santé, Direction générale des services et de la promotion de la santé, 1979.

Norris, M.L. & Cunningham, D.R.
Social Impact of Hearing Loss in the Aged.
Journal of Gerontology
1981, 36, 727-29.

Osmond, H.
Function as the Basis of Psychiatric Ward Design.
Mental Hospitals
1957, 8, 23-30.

Pastalan, L.A.
Sensory Changes and Environmental Behavior.
In T. Byerts (Ed.)
Environmental Context of Aging, 1979.

Powers, J.K. & Powers, E.A.
Hearing Problems of Elderly Persons: Social Consequences and Prevalence, ASHA, 1978, 20, 79-83.

Proshansky, H.M., Ittelson W.H. & Rivlin, L.G. (Eds.)
Environmental Psychology: Man and His Physical Environment
New York: Holt, Rinehart and Winston, 1970.

Reid, D. & Zigler, M.
Validity and Stability of a New Desired Control Measure Pertaining to Psychological Adjustment of the Elderly.
Journal of Gerontology
1980, 35, 395-401.

Rodin, J. & Langer, E.
Long Term Effects of a Control-Relevant Intervention with the Institutional Aged.
Journal of Personality and Social Psychology
1977, 35, 897-902.

Rockwood, K., Stolee, P. & Robertson, D.
Long Term Care of the Elderly.
Report of the Saskatchewan Health Status Survey of the Elderly, Part I, 1981.

Rowles, G.D.
The Last New Home: Facilitating the Older Person's Adjustment to Institutional Space. In S. Golant (Ed.)
Location and Environment of Elderly Population
Toronto: John Wiley & Sons, 1979.

Schooler, K.
Response of the Elderly to Environment: A Stress-Theoretic Perspective. In P.G. Windley & G. Ernst (Ed.)
Theory Development in Environment and Aging
Washington, D.C.: The Gerontological Society, 1975.

Sherman, E. & Newman, E.S.
The Meaning of Cherished Personal Possessions for the Elderly.
International Journal of Aging and Human Development
1977, 8, 181-192.

Sommer, R.
Personal Space
Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1969.

Statistique Canada
Morbidité hospitalière
1976 Rapport de la Division de santé, Section de la statistique des institutions de soins, 1979

Stolee, P., Rockwood, K. & Robertson, D.
The Elderly in the Community.
Report of the Saskatchewan Health Status Survey of the Elderly
Part II, 1982.

Talland, G.
Age and Immediate Memory Span.
The Gerontologist
1967, 7, 4-9.

Timaris, P.S.
Development Physiology and Aging
New York: Macmillan, 1972.

Trites, D., Galbraith F., Sturdavant, M. & Leckwort, J.
Influence of Nursing Unit Design on the Activities and Subjective Feelings of Nursing Personnel.
Environment and Behavior
1970, 2.

Wanderson, A.
User Participation: A Study of Types of Participation, Effects, Mediators and Individual Differences
Environmental and Behavior
1979, 11, 185-208.

Windley, P.
In Preiser, W. (Ed.)
Environmental Design Research
Stroudsburg, Pennsylvania: Dowden Hutchinson & Roxx, 1973.

Winograd, E., Smith, A. Simon, E.
Aging and the Picture Superiority Effect in Recall.
Journal of Gerontology
1982, 37, 70-75.